Supplemento ordinario alla «Gazzetta Ufficiale» n. 10 del 12 gennaio 1983

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Mercoledì, 12 gennaio 1983 SI PUBBLICA NEL POMERIGGIO DI TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

N. 2

REGIONE MARCHE

LEGGE REGIONALE 5 novembre 1982, n. 37.

Piano socio-sanitario della regione Marche per il triennio ottobre 1982 - settembre 1985.

SOMMARIO

REGIONE MARCHE

REGIONI

REGIONE MARCHE

LEGGE REGIONALE 5 novembre 1982, n. 37.

Piano socio-sanitario della regione Marche per il triennio ottobre 1982 - settembre 1985.

(Pubblicata nel Bollettino ufficiale *della Regione n. 116 del 16 novembre 1982)*

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

IL COMMISSARIO DI GOVERNO

HA APPOSTO IL VISTO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Oggetto

Il piano socio-sanitario della Regione per il triennio ottobre 1982- settembre 1985 è costituito dalla presente legge e dal suo allegato.

La Regione attraverso il piano indica gli indirizzi e le modalità di svolgimento delle attività finalizzate all'attuazione del servizio sanitario nazionale nell'ambito del territorio marchigiano.

Art. 2.

Obiettivi

La Regione, conformemente alle finalità di cui all'articolo 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e secondo quanto sancito dall'articolo 7 dello Statuto regionale, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione, persegue con il piano socio-sanitario i seguenti obiettivi:

a) la tutela, intesa come intervento unitario e globale, della salute fisica e psichica della popolazione, dando priorità alle attività di prevenzione e ai servizi di base e sviluppando i servizi di riabilitazione e gli interventi per il reinserimento sociale;

b) l'equilibrata distribuzione sul territorio regionale delle strutture, dei servizi e dei presidi, al fine di realizzare l'omogeneità delle prestazioni;

c) la qualificazione delle prestazione e l'adeguamento dei servizi ai bisogni reali della popolazione;

d) l'impiego ottimale delle risorse in termini di efficacia e di efficienza, attraverso un'adeguata organizzazione dei presidi e dei servizi;

e) il coordinamento e l'integrazione fra le funzioni svolte attraverso i servizi sanitari e quelle svolte dai servizi sociali di competenza dei comuni singoli o associati.

Art. 3.

Contenuti del piano

Il piano socio-sanitario della Regione, in relazione a quanto disposto dagli articoli 11 e 12 della legge regionale 30 aprile 1980, n. 25, e in conformità alle previsioni dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, determina per il triennio ottobre 1982 - settembre 1985:

gli obiettivi generali della programmazione sanitaria regionale;
gli obiettivi specifici da perseguire mediante appositi progetti-obiettivo;
la struttura organizzativa, l'ambito territoriale di riferimento, l'ubicazione e il dimensionamento dei presidi e dei servizi per lo svolgimento delle funzioni socio-sanitarie e per la realizzazione degli obiettivi;
gli indirizzi per le politiche qualificanti;
la politica della spesa.

Art. 4.

Progetti-obiettivo

Costituiscono progetti-obiettivo, ai sensi del precedente art. 3:

la tutela della maternità, la lotta alla mortalità infantile e la tutela della salute in età evolutiva;
la tutela della salute delle persone anziane;
la tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro;
la lotta alle tossico-dipendenze.
I contenuti dei suddetti progetti-obiettivo sono specificati nella parte terza del piano allegato.

Art. 5.

Limiti di applicazione

La presente legge produce effetti fino alla data di entrata in vigore della legge di approvazione del piano sanitario nazionale e, da tale data, si applica limitatamente alle disposizioni non in contrasto con essa.

All'atto dell'entrata in vigore del piano sanitario nazionale il consiglio regionale, anche in riferimento alle previsioni del secondo comma del successivo articolo 13, provvede ad adeguare e ad armonizzare le norme della presente legge a quelle della legge nazionale.

Art. 6.

Effetti

La Regione esercita la propria potestà normativa e di indirizzo per attuare gli obiettivi del piano socio-sanitario.

Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge le associazioni dei comuni di cui alla legge regionale 12 marzo 1980, n. 10, trasmettono al presidente della giunta regionale i programmi annuale e triennale per l'attuazione del piano.

Per gli anni successivi i programmi annuale e triennale sono allegati al bilancio di previsione.

La giunta regionale entro quarantacinque giorni dal ricevimento esprime parere di congruità dei programmi delle unità sanitarie locali al piano socio-sanitario regionale.

Art. 7.

Funzioni socio-assistenziali

Le funzioni socio-assistenziali attribuite ai comuni ai sensi della legislazione vigente continuano ad essere disciplinate, fino alla legge di riforma dell'assistenza pubblica, dall'art. 4 della legge regionale 24 aprile 1980, n. 24.

Art. 8.

Realizzazione degli obiettivi del piano

Le previsioni del piano si realizzano nel triennio di validità del piano stesso.

In particolare nell'arco del triennio le unità sanitarie locali provvedono all'organizzazione dei servizi e delle attività dei presidi attenendosi al contenuto del piano.

La gradualità e le modalità di realizzazione delle previsioni di piano sono correlate alla disponibilità delle risorse finanziarie e del personale, nonché alla realizzazione delle strutture alternative.

Art. 9.

Termalismo terapeutico

Le prestazioni idrotermali, da erogarsi ai sensi dell'art. 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono limitate al solo aspetto terapeutico e, qualora ritenute indispensabili, sono autorizzate dalle unità sanitarie locali su motivata proposta del medico di base, nel rispetto delle norme vigenti.

Le convenzioni con gli stabilimenti termali sono stipulate dalle unità sanitarie locali in conformità agli schemi tipo di cui al terzo comma dell'art. 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Le unità sanitarie locali stabiliscono presso quale stabilimento termale convenzionato debbano essere effettuate le prestazioni, tenendo conto di eventuali preferenze dell'utente, privilegiando comunque le strutture termali presenti nella regione.

Art. 10.

Volontariato

Il volontariato, della quale la Regione approva e valorizza l'ispirazione solidaristica, è ritenuto valido ausilio anche per la funzione a esso attribuita dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, per il conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale.

Le unità sanitarie locali e i comuni, accertata la rispondenza delle associazioni di volontariato alle finalità predette, regolano i loro rapporti con le stesse, a mezzo di apposite convenzioni, nell'ambito della programmazione e della legislazione socio-sanitaria regionale.

Art. 11.

Convenzioni con le università

Le convenzioni fra la Regione e le università, stipulate sulla base dello schema-tipo di cui all'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per le finalità previste dal predetto articolo, entrano a far parte del piano sanitario regionale.

Art. 12.

Organici

Le assemblee generali delle unità sanitarie locali, nell'approvazione delle piante organiche del personale ai sensi dell'art. 6, primo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, assicurano che i presidi e i servizi siano dotati di organici adeguati al raggiungimento degli obiettivi del piano socio-sanitario regionale.

I dipendenti delle strutture sanitarie trasformate o soppresse sono utilizzati, nel rispetto delle norme legislative e contrattuali, con la salvaguardia della qualifica professionale, in altri servizi della stessa unità sanitaria locale o in quelli delle unità sanitarie locali i cui organici risultano carenti di personale.

Art. 13.

Stato di attuazione del piano

Con riferimento all'art. 49, ultimo comma della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il presidente della giunta regionale, entro il 30 giugno di ogni di ogni anno, presenta al consiglio regionale una relazione generale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale.

Qualora nel corso del periodo di validità del piano si rilevino, anche sulla base della relazione di cui al primo comma, esigenze di aggiornamento dello stesso, il consiglio regionale vi provvede, su proposta della giunta.

Art. 14.

Finanziamento del piano

Al finanziamento delle spese derivanti dall'applicazione della presente legge si provvede nel modo che segue:

1) *per gli interventi di natura sanitaria:*

a) con le disponibilità assegnate alla Regione a titolo di ripartizione del fondo sanitario nazionale di cui all'art. 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e all'art. 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181 e successive modificazioni e integrazioni;

b) con le disponibilità che saranno acquisite dai comuni a seguito di eventuale alienazione o trasformazione dei beni patrimoniali di cui all'art. 82 della legge regionale 24 dicembre 1981, n. 31 e trasferiti ai comuni a norma dell'art. 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 nel rispetto delle norme di cui all'ultimo comma dello stesso art. 66;

2) *per gli interventi di natura socio-assistenziale:*

a) con le disponibilità iscritte a carico dei capitoli dello stato di previsione della spesa dei bilanci della Regione relativi al triennio 1983-85 destinati alle dette finalità;

b) con i fondi degli enti locali;

c) con le disponibilità che saranno acquisite dalle unità sanitarie locali e qualsiasi altro titolo.

Art. 15.

Finanziamento della spesa sanitaria

Le quote regionali del fondo sanitario nazionale di cui all'art. 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 sono ripartite annualmente tra le unità sanitarie locali secondo le disposizioni di cui all'art. 7, secondo comma, della legge regionale 24 ottobre 1981, n. 31.

La ripartizione tra le unità sanitarie locali delle disponibilità di cui al comma precedente destinate alle spese correnti e la utilizzazione da parte delle unità sanitarie locali dei detti finanziamenti sono effettuate nei limiti posti dalla legislazione vigente e dal piano sanitario nazionale, secondo gli indirizzi della presente legge con l'obiettivo di assicurare gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero territorio regionale.

La ripartizione delle disponibilità destinate alle spese di investimento e la loro utilizzazione da parte delle unità sanitarie locali sono effettuate, nel rispetto della legislazione vigente, in coerenza con quanto previsto dal piano socio-sanitario.

Art. 16.

Finanziamento della spesa socio-assistenziale

Le disponibilità di cui al precedente art. 14, punto 2, lettera *a)*, sono ripartite tra i comuni e le unità sanitarie locali e da queste impiegate secondo le disposizioni recate dalle singole leggi sostanziali ed in armonia con gli indirizzi della presente legge e con l'obiettivo di un progressivo riequilibrio del livello dei servizi su tutto il territorio regionale.

Art. 17.

Coordinamento della spesa sanitaria
con la spesa socio-assistenziale

La Regione, in sede di attuazione delle norme di cui agli articoli 14 e 15 della presente legge, e le unità sanitarie locali, utilizzando il metodo della gestione programmata delle risorse complessivamente disponibili, assicurano la corretta destinazione delle disponibilità finanziarie evitandone l'uso improprio e nel rispetto dei seguenti criteri:

a) integrazione dell'uso delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi del piano, nel rispetto della specifica e distinta destinazione delle disponibilità finanziarie per le attività sanitarie e per le attività socio-assistenziali;

b) superamento di eventuali situazioni di carenza di uno dei due settori con iniziative che non incidano sulle risorse finanziarie e patrimoniali dell'altro settore.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e farla osservare come legge della regione Marche.

Ancona, addì 5 novembre 1982

MASSI

ALLEGATO

PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE

PER IL TRIENNIO OTTOBRE 1982-SETTEMBRE 1985

PARTE I

ORIENTAMENTI GENERALI

1. PRINCIPI

1.1. CARATTERE DEL TRIENNIO INTESO COME FASE DI AVVIO IRREVERSIBILE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO

La legge 23.12.1978, n. 833, provvedimento quadro di riforma e di istituzione del servizio sanitario nazionale, finalizzata al perseguimento degli obiettivi e secondo lo spirito e la lettera del primo comma dell'art. 32 della Costituzione che "tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", ha proposto un passaggio radicale dal vecchio sistema assicurativo, mutualistico ed assistenziale di tipo verticistico ed estremamente burocratizzato, ad un sistema (S.S.N.) capace di svolgere un complesso di interventi unitari di tipo orizzontale e territorializzato che garantisca, non solo il trattamento dei "fenomeni morbosi" ma il benessere fisico, psichico e sociale della persona.
La Regione Marche, ritenendo tale processo irreversibile, si è mossa su di un binario che ha visto innanzitutto l'adozione dei primi strumenti normativi indispensabili all'impostazione istituzionale del nuovo sistema e ha predisposto, inoltre, lo schema del processo programmatorio che sfocia nell'approvazione del presente Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio ottobre 1982 - settembre 1985. La situazione generale ed in particolare le scelte relative ai tagli alla spesa sanitaria, all'introduzione dei tickets ed ai ritardi dell'approvazione del piano sanitario nazionale, rendono più difficile l'attuarsi del processo riformatorio.
Durante questo primo triennio si dovrà procedere per fasi successive, graduate nel tempo e nelle azioni, così da agevolare il passaggio dal vecchio al nuovo, evitando il sorgere di ogni possibile inconveniente, capace di arrecare danni ai cittadini; l'azione politica, in altre parole, deve essere saggia, chiara e decisa in modo da conferire alla linea di riforma credibilità e certezza tanto più necessarie in quanto è indispensabile modificare mentalità ormai consolidate in lunghi anni di uso del precedente sistema.

1.2. LA PROGRAMMAZIONE COME METODO ORDINARIO DI GOVERNO E COME PROCESSO CICLICO AD AGGIORNAMENTO PERIODICO

Gli artt. 53 e ss. della legge 23.12.1978, n. 833 individuano nella programmazione le procedure di attuazione del servizio sanitario nazionale. Si tratta di un tipo di programmazione che è essenzialmente *programmazione di azioni*, cose da fare; *programmazione di strumenti*, soggetti e modalità di queste azioni; *programmazione di risorse* per finanziare sia gli strumenti che le azioni.
Quest'ultimo aspetto è fondamentale in quanto la limitazione delle risorse disponibili impone una selezione delle cose da fare e una ottimizzazione nell'impiego dei fattori strumentali (persone, organizzazione, modalità operative) e delle risorse stesse.
Peraltro, tale politica programmatoria, che del resto è sancita nello stesso Statuto regionale come "metodo permanente per l'azione di governo", nel settore specifico già da tempo era stata adottata, tanto che il presente piano — come metodo di governo e processo continuo di verifica — rappresenta la logica continuità degli indirizzi programmatici già contenuti nel rapporto "Prime linee per un piano socio-sanitario" (1974-1976) la cui origine era ampiamente raccordabile con lo "Schema di sviluppo regionale" del 1974, laddove indicava, fra le finalità dell'ente Regione, anche "la realizzazione di un sistema regionale di servizi sanitari e sociali integrati e strettamente legati al territorio e al modo in cui la popolazione era distribuita".
L'acquisizione di tali obiettivi nel settore socio-sanitario mediante il metodo processuale aveva già portato alla stesura di un "progetto di piano socio-sanitario regionale" (1977-1978) che individuava nel territorio l'unico vero interlocutore capace di effettuare le reali scelte strategiche per il successivo piano sanitario triennale tenendo conto delle situazioni esistenti. Il metodo della processualità adottato nella redazione del piano, finalizzato al più ampio coinvolgimento possibile di tutti i soggetti interessati, dalle forze politiche e sociali agli ordini professionali, dalle associazioni di categoria ai singoli operatori marchigiani — sanitari, sociali, amministrativi, gestionali — consente la messa a punto dei principali obiettivi propri della L. 833/1978.

Ci si trova quindi in presenza di un esempio di programmazione di tipo dinamico e non statico che individua, seppure per il breve e medio termine, alcuni obiettivi concreti da perseguire ma che nel contempo, consente, attraverso verifiche annuali, di correggere gli obiettivi stessi per eventuali aggiornamenti dell'analisi di impostazione o per dimostrata impossibilità reale di perseguirli nei tempi previsti e con le risorse a disposizione.
Perchè ciò sia possibile è indispensabile la partecipazione degli enti locali e dei loro organismi associativi attraverso canali di informazione che siano i piu semplici, ma i più tempestivi possibili.

1.3. IL RACCORDO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA CON QUELLA ECONOMICA

Un corretto uso del metodo programmatorio, del resto chiaramente esplicitato nella legge regionale 30.4.1980, n. 25, vuole che i piani di settore, come quello sanitario, siano ricompresi nel programma regionale di sviluppo per le necessarie interrelazioni e connessioni che esistono tra i vari momenti dello sviluppo di una società, se non altro a livello della compatibilità delle risorse disponibili con le scelte prioritarie comunque da farsi nei quadro di obiettivi fondamentali.
Ciò significa porre un vincolo al piano sanitario triennale che non è possibile eludere pena l'irraggiungibilità di uno degli obiettivi insiti nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, che è quello del superamento degli squilibri territoriali esistenti nelle condizioni socio-sanitarie con particolare riferimento, fra l'altro, alle zone extraurbane e montane.

2. OBIETTIVI

2.1. TUTELA DELLA SALUTE IN TERMINI DI INTERVENTO UNITARIO E GLOBALE (RACCORDO CON I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI, PRIMATO DELLA PREVENZIONE)

I compiti del nuovo sistema di tutela della salute sono rivolti alla realizzazione di un servizio sanitario e sociale che sviluppi, in modo adeguato e proporzionato, i tre momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione con l'obiettivo di:

a) privilegiare il momento preventivo, oggi sostanzialmente carente;
b) ridimensionare il momento curativo, soprattutto per quanto attiene al comparto ospedaliero, per garantirgli livelli di maggiore efficienza;
c) sviluppare il momento riabilitativo, oggi scarsamente presente.

In questa prospettiva assume particolare rilevanza la struttura funzionale di base (il gruppo operativo o équipe a livello di distretto) intesa come momento di intervento unitario, pluridisciplinare, di primo livello, svolta da operatori legati al territorio e sostenuta da una partecipazione immediata — anche se non necessariamente istituzionalizzata — dei cittadini che vi risiedono. Si configura pertanto la necessità di una iniziativa che si sviluppi contestualmente sul singolo cittadino, sulla comunità, sull'ambiente, sui luoghi di vita e di lavoro, che, come tale, ricomprenda in un sistema integrato gli aspetti sanitari con quelli socio-assistenziali, al fine di individuare e contenere i fattori di rischio morboso e di rimuovere tutte le condizioni ambientali, sociali e psicologiche che ostacolano il recupero.

A tal fine, in carenza della legge di riforma organica della assistenza, occorre utilizzare tutte le possibilità che, sotto questo aspetto, derivano dal complesso delle leggi vigenti e dalle funzioni proprie degli enti locali.

La struttura organizzativa deve poter rispondere a precisi momenti istituzionali e partecipativi che consentano, attraverso una reale partecipazione e confronto, agli organismi di gestione delle UU.SS.LL. di rispondere agli enti locali e il coinvolgimento diretto tanto dei cittadini, utenti dei vari livelli di servizio, quanto degli stessi operatori.

Nella prospettiva del controllo e della verifica democratica dell'USL, che è obiettivo fondamentale della riforma, assumono particolare significato la disponibilità, la chiarezza e la tempestività dei dati informativi.

A questa seconda esigenza si provvede tramite una attività di raccolta, elaborazione e diffusione delle notizie, tale da consentire un permanente aggiornamento dei dati di piano ed un controllo gestionale, anche in termini di costi e benefici.

2.2. SUPERAMENTO DEGLI SQUILIBRI TERRITORIALI NELLE CONDIZIONI SOCIO-SANITARIE

Lo sviluppo dei servizi sociali in genere ed in particolare di quelli sanitari è storicamente avvenuto sulla base di spinte e di iniziative prive però di un disegno organico, integrato e rispondente ai reali bisogni delle popolazioni.

Da ciò deriva che le caratteristiche che accomunano le tipologie dei vari servizi sociali (sanitari, culturali, assistenziali e di tempo libero) si riassumono nella loro notevole diffusione sul territorio ma nella scarsa qualificazione degli stessi in rapporto alle esigenze emergenti.

Inoltre persistono, e a volte si accentuano, squilibri in merito alla quantità e alla qualità delle prestazioni nelle aree rurali rispetto a quelle di polarizzazione urbana e nelle aree di spopolamento rispetto a quelle di concentrazione.

Ciò è avvenuto in quanto l'utilizzo e la nuova fornitura di servizi sono stati attivati nel tempo secondo modalità di servizi connessi direttamente od indirettamente alla qualità della vita, che pure deve trovare accoglimento, se non si vuole accentuare il divario già esistente con le aree più sviluppate del paese, oggi compensato in parte nelle Marche dalle più favorevoli condizioni sociali ed ambientali.

Obiettivo generale perseguito non solo per il comparto socio-sanitario ma per tutto il territorio

regionale è quello del superamento degli squilibri esistenti, indispensabile non solo perché si verrebbe a costituire una inammissibile discriminazione tra cittadini aventi gli stessi diritti, ma anche perchè la validità del sistema insediativo marchigiano si fonda su una sostanziale omogeneità delle condizioni abitative che non può essere ulteriormente forzata senza attivare in essa altre modificazioni che ne accentuerebbero i fenomeni di dissesto e di degrado già in atto.

Uno sviluppo razionale ed equilibrato dell'insediamento regionale necessita di una notevole riorganizzazione anche dei servizi socio-sanitari, quale supporto indispensabile per gli altri momenti (produttivo, di relazione, culturale e ricreativo) che sia basato sulla:

- diffusione massima dei servizi di base, e cioè quelli di uso corrente e strettamente connessi alle diverse realtà insediative; questo obiettivo comporta nelle aree rurali ed in generale in quelle a bassa densità, nonché in quelle aree caratterizzate dall'emergenza di particolari bisogni, l'adozione di nuove tipologie di intervento che consentano di raggiungere gli scopi prefissati con una accettabile economicità ed efficienza del servizio in oggetto (qualificazione degli operatori, operatori itineranti, strutture integrate, ecc.);
- realizzazione dei servizi di livello superiore curandone la qualificazione in funzione dei bacini di utenza e della economicità;
- realizzazione o ristrutturazione di strutture o momenti organizzativi di livello intermedio, volti a sostenere l'attività dei servizi di base e a ridurre l'utilizzazione impropria dei servizi di livello superiore;
- riorganizzazione del sistema dei servizi e sua qualificazione che richiedono, oltre a nuove figure professionali, lo sviluppo e l'aggiornamento della professionalità degli operatori già impegnati.

Mobilità e qualificazione del personale sono pertanto strumenti fondamentali per lo sviluppo dei servizi sociali e per l'efficienza della pubblica amministrazione locale cui spetta la gestione degli stessi servizi.

2.3. AUMENTO DELLA PRODUTTIVITÀ DELLA SPESA SANITARIA

Questo ulteriore obiettivo assunto dalla legge 23.12.1978, n. 833 è strettamente legato alle due condizioni fondamentali già citate: riorganizzazione quali-quantitativa dell'attuale rete dei servizi e una educazione permanente da parte della Regione, degli Enti locali, dei loro strumenti operativi, per la formazione di una nuova mentalità da parte di tutti i cittadini ed operatori del servizio.

Innanzitutto l'articolazione della struttura deve corrispondere alla maggiore o minore diffusione dei bisogni è quindi alla centralizzazione o meno dei servizi. Ai bisogni più diffusi rispondono i *servizi di distretto*, a disposizione dei quali si trovano tutti gli altri servizi che vengono pertanto denominati *integrativi* secondo un modello che non prevede filoni specialistici — tanto frequentemente causa di settorialità — ma che tiene sempre conto del complesso dei bisogni da soddisfare.

In quest'ottica, pertanto, anche l'*ospedale* viene visto come servizio integrativo dell'intervento di base, destinato a realizzare efficacemente alcuni interventi ed a renderli economicamente compatibili.

In particolare, per evitare una ospedalizzazione indiscriminata e d'altra parte costosa, derivante anche dalle difficoltà che l'operatore di base incontra nel soddisfare direttamente e di volta in volta le esigenze diagnostico-terapeutiche, si è ritenuto necessario generalizzare a livello pluridistrettuale l'istituzione del *poliambulatorio* inteso come complesso di servizi di supporto all'intervento di base e di filtro per la funzione ospedaliera che deve essere sollevata da tutta la casistica impropria.

Il piano, in definitiva, propone e intende realizzare una rete territoriale di attività sanitarie e sociali capaci di soddisfare le esigenze fondamentali di tutela del benessere del cittadino che, partendo dalla massima diffusione delle funzioni generali di base e di pronto intervento, assicuri altresì la massima qualificazione e la più corretta utilizzazione delle funzioni

integrative specialistiche ai vari livelli.
Quanto sopra potrà comunque risultare ininfluente ai fini della produttività della spesa se pur modificando i flussi storici di utenza (dall'ospedale ai servizi di base, ai poliambulatori, ecc.) si useranno in maniera scorretta i nuovi servizi.
E' necessario pertanto che, tramite adeguati interventi informativi ed educativi venga diffuso il concetto che la domanda e la offerta di servizi devono discendere da una corretta valutazione dei bisogni effettivi. Questa impostazione del resto, oltre a tener conto delle ormai inderogabili necessità di contenimento della spesa sanitaria, è l'unica capace di individuare le priorità negli interventi a prevalente contenuto preventivo.
L'obiettivo del contenimento e della qualificazione della spesa sanitaria viene perseguito, oltre che con procedure corrette nella pianificazione, gestione ed organizzazione dei servizi anche con una corretta informazione della popolazione e mediante il miglioramento della professionalità degli operatori.
La lotta agli sprechi ed alle disfunzioni, l'avvio di meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse, il recupero di quote improduttive sono legati a processi di lungo respiro — e, pertanto, da iniziare subito con determinazione — che debbono scontare modifiche profonde del modello culturale, politico e amministrativo determinato dal precedente sistema.

3. CONDIZIONI

3.1. ASSETTO ISTITUZIONALE

La riforma sanitaria è senza dubbio la prima, grande, moderna riforma di struttura approvata dalla Costituzione repubblicana ad oggi, in attuazione del fondamentale diritto dell'individuo alla tutela della salute che è, nel contempo, un interesse primario della collettività. La sua attuazione non sara ne facile ne priva di reali ostacoli ove non si affronti innanzitutto il discorso sul metodo che deve realizzare un collegamento organico tra società civile e Stato, fin nelle sue più periferiche articolazioni. Nello specifico del nuovo discorso, la riforma sanitaria introduce il metodo della programmazione pluriennale associata alla più ampia partecipazione democratica, (secondo il dettato degli articoli 1, 11, 13, 15, 33 e 48 della legge 833/1978) ed istituisce una sorta di alleanza tra le autorità che regolano e gestiscono la spesa nella logica del piano: governo centrale, regioni, poteri locali ed i cittadini-utenti che sono sensibili ed attenti all'efficacia degli interventi sanitari e sociali. Partecipazione democratica e programmazione pluriennale budgetaria rappresentano dunque le componenti essenziali di un unico binario inteso ad assicurare il successo e lo sviluppo globale della riforma contro tentazioni e deviazioni di tipo settoriale e corporativo, sempre insidiosamente presenti e pronte a riemergere. In tal senso e altresì opportuno sottolineare che anche gli enti locali — di cui l'USL è struttura operativa — devono impegnarsi e confrontarsi superando, nella logica del piano, vecchi esclusivismi e sorpassate mentalità municipalistiche.

3.2 PARTECIPAZIONE DEMOCRATICA

Non sembra inutile nè retorico ripercorrere per brevi cenni il discorso della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale a proposito delle qualità e dei livelli della prevista partecipazione democratica, anche per fugare alcuni dubbi o incertezze sia di contenuto che di regolamentazione, ed anzi per concorrere alla migliore realizzazione di quella nuova dimensione politica e civile della riforma stessa.

L'art. 1, che fissa i principi, stabilisce *un raccordo istituzionale tra attuazione del servizio e garanzia di partecipazione* quando recita, alla fine del terzo capoverso: "L'attuazione del servizio-sanitario nazionale compete allo stato, alla regione e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini".

L'art. 11 riguarda le competenze regionali e stabilisce in modo incisivo *il nuovo metodo che lega la programmazione pluriennale alla più ampia partecipazione democratica* quando afferma, al terzo capoverso: "Le regioni svolgono la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica, in armonia con le rispettive norme statutarie. A tal fine, nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, predispongono piani sanitari regionali, previa consultazione degli enti locali, delle università presenti nel territorio regionale, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, nonché degli organi della sanità militare, territorialmente competenti".

L'art. 13, che parla delle attribuzioni dei comuni, prevede *un impegno assai vincolante nei confronti della partecipazione di operatori, forze sociali, rappresentanti di interessi originari e dei cittadini a tutte le fasi della programmazione dell'attività dell'USL e alla gestione, controllo dei servizi, giungendo persino a disciplinare la partecipazione degli utenti alla attuazione dei singoli servizi.*

Il terzo capoverso così infatti recita: "I comuni, singoli o associati, assicurano, anche con riferimento alla legge 8.4.1976, n. 278, e alle leggi regionali, la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, dei rappresentanti degli interessi originari definiti ai sensi della legge 12.2.1968, n. 132, e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonchè al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del S.S.N., e agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni di cui all'art. 55. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'USL, la partecipazione degli utenti

direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi".
L'art. 15, dedicato alle strutture e al funzionamento delle UU.SS.LL. affida *un nuovo compito — anche se non obbligatorio — ai comuni che siano articolati in circoscrizioni per assicurare forme di partecipazione dei consigli circoscrizionali all'attività della USL.*
Il quarto capoverso determina infatti: "In armonia con la legge 8.4.1976, n. 278, il comune può stabilire forme di partecipazione dei consigli circoscrizionali dell'attività delle UU.SS.LL. e quando il territorio di queste coincide con quello delle circoscrizioni può attribuire ai consigli circoscrizionali poteri che gli sono conferiti dalla presente legge".
L'art. 33 — che si presenta anomalo rispetto ai precedenti perché riguarda esclusivamente norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori — tende ad *assicurare non solo il consenso ma anche la partecipazione — ossia il coinvolgimento per quanto possibile convinto e responsabile — di chi vi sia obbligato.*
Il quinto capoverso infatti afferma: "Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi é obbligato".
L'art. 48, relativo al personale a rapporto convenzionato, inserisce negli accordi collettivi nazionali anche la *partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;* anche in questo caso si deve escludere che si tratti dello stesso concetto espresso dagli articoli da uno a quindici, poiché si configura come uno dei compiti istituzionali professionali dei medici nel nuovo servizio sanitario nazionale; infatti, il terzo comma dell'art. 48 citato prescrive che: "gli accordi collettivi nazionali (......) devono prevedere: (.....) 12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria".
Ciò premesso la partecipazione democratica si distingue in tre profili formali:
a) partecipazione delle istituzioni
b) partecipazione dei cittadini
c) partecipazione degli operatori socio-sanitari

3.2.a. Partecipazione delle istituzioni

La competenza a regolare ed attuare questo tipo di partecipazione spetta alla Regione ed ai comuni.
La regione infatti — secondo l'art. 11 della legge 833/1978 — deve predisporre il piano sanitario regionale dopo aver consultato, nelle forme ufficiali opportune, gli enti locali, le università presenti nel territorio regionale, le organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali — ivi comprese le associazioni di volontariato previste dall'art. 45 — e degli operatori della sanità, nonché gli organi della sanità militare, territorialmente competenti. Tale consultazione presenta un carattere assai ampio e si articola ai livelli informativo, propositivo, consultivo e di verifica dei risultati, non solo quindi prima dell'approvazione legislativa del piano triennale ma anche nel corso del suo svolgimento processuale, in particolare per l'esame consuntivo annuale dei risultati conseguiti e delle difficoltà incontrate, nonché per la presentazione della relazione annuale sullo stato di salute della regione.
La regione inoltre detta norme ai comuni, singoli o associati, e alle comunità montane per garantire forme di partecipazione a livello delle singole Unità Sanitarie Locali e dei distretti di base.
I comuni siano essi singoli o associati e pertanto anche le comunità montane — a norma dell'art. 13 della legge 833/1978 — assicurano la più ampia partecipazione degli operatori sanitari — e nella misura in cui i servizi sanitari si integrano con quelli sociali, anche degli operatori sociali — delle formazioni sociali esistenti sul territorio — e quindi anche del volontariato — dei rappresentanti degli interessi originari definiti ai sensi della legge 12.2.1968, n. 132, degli enti convenzionati e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al

controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale e agli obiettivi dei piani sanitari triennali della regione, di cui all'art. 55. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'unità sanitaria locale, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi.
Per conseguire tali obiettivi, i comuni, singoli o associati, e le comunità montane assumono diverse iniziative di partecipazione ritenute più idonee a livello di unità sanitaria locale e di distretto.
Inoltre, in forza dell'art. 15 della legge 833/1978, i comuni possono stabilire forme di partecipazione dei consigli circoscrizionali all'attività delle unità sanitarie locali e, quando il territorio di queste coincide con quello delle circoscrizioni, possono attribuire ai consigli circoscrizionali poteri che sono loro conferiti dalla stessa legge 833/1978.

3.2.b. Partecipazione dei cittadini

Essa riguarda, nel senso più alto, tutti i momenti in cui sono chiamati e interessati i cittadini in quanto tali, e non è un caso che l'art. 1 della legge 833/1978, tra i principi fondamentali dell'istituzione del servizio sanitario nazionale, stabilisca alla fine del terzo capoverso una norma di carattere generale che non ammette pertanto eccezione alcuna, quando afferma: "L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini".
Pertanto risulta evidente che i cittadini singoli, le associazioni ed i gruppi di volontariato non solo hanno diritto di partecipare — nelle forme stabilite e cioe attreverso rappresentanze democratiche — alle "consulte" e quindi di essere ascoltati a livello di unità sanitaria locale e di distretto, ma possono — di volta in volta o nel corso di periodiche conferenze di settore — anche avanzare, proposte, pareri, interrogazioni e osservazioni, sia alla regione, che ai comuni, che all'unità sanitaria locale, che al distretto.
L'art. 13, infatti, specifica che i cittadini, nonché — secondo l'ultimo comma dell'art. 1 — le associazioni ed i gruppi di volontariato, nei modi stabiliti dai comuni, hanno diritto alla più ampia partecipazione a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale e agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni. Quali utenti direttamente interessati ed anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'unità sanitaria locale, partecipano altresì all'attuazione dei singoli servizi.
E' infine evidente che la forma partecipativa piu diretta, immediata ed efficace, avviene necessariamente a livello di distretto di base, sia per il limitato numero di cittadini presenti e sia per la maggiore facilità ed opportunità di un più vivo e sentito coinvolgimento degli utenti interessati ai servizi di primo livello e di più frequente accesso.

3.2.c. Partecipazione degli operatori socio-sanitari

E' una dimensione che raccoglie e coinvolge la presenza e la funzione delle varie categorie degli operatori sanitari e sociali, chiamati ad un ruolo di protagonisti nell'ambito dell'avvio, dell'attuazione e dello sviluppo delle finalità istituzionali del servizio sanitario nazionale che sono — innanzitutto — il giusto soddisfacimento delle esigenze reali della popolazione e quindi il raggiungimento della tutela globale della salute dei cittadini, anche attraverso la qualificazione tecnica e la gestione democratica dei servizi.
Gli operatori sono così chiamati — in forza dell'art. 11 della legge 833/1978 — dalla regione ad una larga consultazione sulle verifiche annuali e sulla relazione annuale relativa allo stato di salute nella regione. Sono chiamati inoltre — in esecuzione dell'art. 13 — a partecipare a tutte le fasi della programmazione dell'attività dell'unità sanitaria locale, alla gestione sociale dei

servizi sanitari nonchè al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale e agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni, anche attraverso la costituzione di un organismo rappresentativo di consultazione degli operatori a livello di unità sanitaria locale.

3.3. EDUCAZIONE SANITARIA

L'art. 2 della legge 833/1978 pone l'educazione sanitaria quale primo obiettivo della riforma sanitaria quando afferma: "Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo (principi del servizio sanitario nazionale) è assicurato mediante: 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità".

Nonostante la presenza nella regione di diverse esperienze di educazione sanitaria si impone la messa a punto di un programma organico di un intervento generalizzato a tutti i livelli dell'organizzazione territoriale al fine di indicare concezioni, contenuti, metodi e strumenti; legare tali obiettivi in via primaria alla realizzazione della medicina preventiva, soprattutto nell'ambito dei progetti-obiettivo; attuare un avvio graduale di tali iniziative a cominciare dalla qualificazione specifica dei vari operatori sanitari e sociali, nonché degli insegnanti, degli educatori, dei volontari.

Per conseguire tali importanti obiettivi occorre sviluppare alcune iniziative coordinate e finalizzate che assicurino: il raggiungimento capillare dell'intera popolazione da parte del personale socio-sanitario per la diffusione in forma continuativa di tutte le informazioni utili alla maturazione di una nuova coscienza dei cittadini; la preparazione di tutti gli operatori e in particolare di quelli più legati ai servizi di base, sia al lavoro di gruppo che al contatto permanente con la gente nei luoghi ove vive e lavora; la diffusione di informazione scientifica e di adeguata documentazione (statistiche, testi scritti, films, audiovisivi, cartelloni dimostrativi, ecc.) per il raggiungimento di una soddisfacente coscienza sanitaria della popolazione.

Sembra pertanto assai importante che ogni unità sanitaria locale promuova ed organizzi una serie di iniziative e di attività di educazione sanitaria sia in risposta agli orientamenti generali promossi dalla regione che in corrispondenza alle particolari necessità delle varie situazioni territoriali. Si ribadisce in ogni caso la priorità del momento formativo e dell'aggiornamento continuo degli operatori.

La Regione si propone di realizzare, in questo settore, una strategia omogenea sia coordinando gli interventi delle singole unità sanitaria locali, sulla base di un programma comune, sia lanciando alcune campagne promozionali rivolte ad obiettivi finalizzati e raccordati tra loro, sia stimolando ed accogliendo il contributo originale e significativamente partecipante delle forze del volontariato, della cultura, della scienza, dei mass-media, delle professioni, dei sindacati, delle categorie, allo scopo di coinvolgere sempre più profondamente l'interesse e la creatività dei singoli cittadini e delle espressioni sociali in un grande processo di sviluppo e maturazione dell'educazione sanitaria che é uno dei principali aspetti di una moderna educazione civile e democratica del nostro paese.

3.4. VOLONTARIATO

Il nuovo spazio concesso al volontariato nel servizio sanitario nazionale rappresenta uno degli aspetti più avanzati, maturi e innovativi della legge 833/1978 e corona lo sforzo responsabile di una lunga elaborazione ideologica della convivenza civile e della tolleranza democratica che sta alla base del carattere pluralistico della Costituzione.

Recita infatti l'ultimo comma dell'art. 1 della legge 833/1978: "Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge".
La stessa 833/1978 all'art. 45, spiega poi nel dettaglio qual'è il ruolo che spetta al volontariato.
Esso recita testualmente: "E' riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale.
Tra le associazioni di volontariato di cui al comma precedente sono ricomprese anche le istituzioni a carattere associativo, le cui attività si fondano, a norma di statuto, su prestazioni volontarie e personali dei soci. Dette istituzioni, se attualmente riconosciute come istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), sono escluse dal trasferimento di cui all'art. 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.
A tale fine le predette istituzioni avanzano documentata istanza al Presidente della Giunta Regionale che con proprio decreto procede, sentito il consiglio comunale ove ha sede l'istituzione, a dichiarare l'esistenza delle condizioni previste nel comma precedente. Di tale decreto viene data notizia alla commissione di cui al sesto comma dell'art. 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24.7.1977, n. 616.
Sino all'entrata in vigore della legge di riforma dell'assistenza pubblica, dette istituzioni restano disciplinate dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modifiche e integrazioni.
I rapporti fra le unità sanitarie locali e le associazioni del volontariato ai fini del loro concorso alle attività sanitarie pubbliche sono regolati da apposite convenzioni nell'ambito della programmazione e della legislazione sanitaria regionale".
Vi sono, d'altra parte, leggi precedenti, anche se recenti, che hanno consentito forme inedite di volontariato nel nostro paese, quali: la legge 22 dicembre 1975, n. 685 sul fenomeno delle tossicodipendenze che accoglie in modo specifico l'intervento del volontariato e ne regola i rapporti giuridici quando le relative associazioni abbiano ottenuto la qualifica di enti ausiliari; il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, il quale all'art. 22 riconosce alle associazioni del volontariato la possibilità di gestire i servizi socio-assistenziali educativi e di pubblica utilità.
E' evidente che il ruolo del volontariato nel servizio pubblico deve essere basato sulla garanzia della più rigorosa presenza dei requisiti prescritti per lo svolgimento del relativo servizio; ove si verifichi questa condizione preliminare e fondamentale, non vi possono essere ostacoli alla sua larga e qualificata funzione sociale e pubblica.
E' sufficiente qui ricordare alcune esperienze rispondenti ai nuovi bisogni dei cittadini che le associazioni di volontariato hanno promosso e gestiscono: la donazione del sangue e degli organi, il trattamento della devianza e dell'emarginazione, il pronto soccorso, i consultori familiari, la presenza al letto dei malati negli ospedali e nelle famiglie.
Caratteristica essenziale del volontariato è di porsi come intervento generoso, completamente gratuito e non sostitutivo di quello pubblico; di lavorare a favore della persona, delle famiglie e delle comunità in organico raccordo con la funzione pubblica; di effettuare il proprio servizio senza discriminazioni ideologiche, politiche o sociali; di muoversi in autonomia ma al tempo stesso nel rigoroso rispetto delle convenzioni stipulate; di offrire un intervento caratterizzato da sicura efficienza e qualità tecnica.
In base a queste indicazioni e caratteristiche operative, si ritiene che i nuovi settori di intervento delle associazioni di volontariato possono essere così indicati: assistenza domiciliare, assistenza per attività consultoriali familiari e altrimenti specializzate per rispondere alle varie condizioni di disagio sociale, psichico e sanitario; prevenzione sanitaria e sociale nonché attività di reinserimento da situazioni di disadattamento. Si riconosce che è opportuno servirsi in modo più razionale e sistematico della preziosa collaborazione degli obiettori di coscienza.
Per lo sviluppo delle attività di volontariato la Regione attua iniziative specifiche.

PARTE II

ORDINAMENTO DEI SERVIZI

1. SERVIZI DI BASE

1.1. DEFINIZIONE E RUOLO DEI SERVIZI DI BASE

I servizi di base vengono erogati nel distretto, ambito territoriale nel quale opera una struttura tecnico-funzionale. Il distretto pertanto va inteso come necessario modulo organizzativo di dimensione ottimale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.
Compito dei servizi distrettuali è lo svolgimento, in maniera unitaria, globale e continuativa, di attività tali da:

a) garantire azioni e prestazioni sanitarie e socio-assistenziali atte a soddisfare i bisogni più frequenti, ricorrenti ed urgenti che non richiedano il ricovero in ospedale o in presidi assistenziali;
b) assicurare l'accesso ai servizi specialistici integrativi fungendo da filtro della domanda sanitaria espressa dalla popolazione;
c) attivare e qualificare la domanda sanitaria attraverso una continua opera di informazione ed educazione;
d) attivare l'intervento dei servizi integrativi per l'approfondimento e la risoluzione di tutti i problemi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione.

Il distretto è inoltre la sede propria per lo sviluppo della partecipazione diretta della comunità locale alla gestione sociale dei servizi ed alla verifica democratica del loro funzionamento.
Gestione sociale significa: promozione e controllo dell'organizzazione e dell'attività dei servizi presenti nel territorio; individuazione dei bisogni e delle modalità di risposta in termini organizzativi; programmazione dell'uso integrato di tutte le risorse sulla base dei vincoli e delle direttive della comunità locale.

1.2. CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI

L'ambito del distretto è individuabile sulla base di criteri che tengano conto, oltre che della struttura demografica, della densità della popolazione, della situazione geo-morfologica, del sistema di trasporto e dei tempi di percorrenza, dei poli di attrazione (sociali, lavorativi, culturali) esistenti o prevedibili, della preesistenza di strutture sanitarie e socio-assistenziali, ciò anche al fine di garantire le condizioni che rendano materialmente ed agevolmente praticabili le iniziative di partecipazione popolare, nonchè le esigenze di corretta organizzazione degli operatori dei servizi di base.
Orientativamente si può indicare intorno a 10.000 abitanti effettivamente residenti il bacino di utenza ottimale del distretto. Tale valore indicativo e, come tale, passibile di riduzione o di estensione, risulta dalla considerazione che dimensioni troppo contenute rendono problematico ed antieconomico provvedere ai servizi di base in un'ottica di multiprofessionalità ed interdisciplinarietà che superi l'attuale modello incentrato quasi esclusivamente sulla medicina generica, mentre dimensioni troppo ampie — fatta salva la situazione dei centri urbani — tendono a contrastare l'unitarietà del distretto ed a creare ostacoli alla partecipazione.
Tenuto conto di quanto sopra, quando le condizioni locali lo consentano, il distretto, di regola, molto opportunamente coincide con il territorio comunale (distretto comunale).
Qualora sia necessaria una suddivisione dell'area comunale, questa non deve, di norma, contraddire le articolazioni già previste per il decentramento amministrativo (distretto intracomunale).
Quando sia necessario l'accorpamento di più comuni è particolarmente necessaria l'attenzione ai criteri capaci di salvaguardare le più efficaci modalità di partecipazione della popolazione e di consentire la pratica del lavoro di gruppo (distretto intercomunale).

1.3. PRESTAZIONI NEL DISTRETTO

Nel distretto socio-sanitario di base si assicurano, con strutture, servizi ed operatori dipendenti o convenzionati, le seguenti prestazioni:

- assistenza medico-generica, ambulatoriale e domiciliare, anche riabilitativa;
- pronto intervento, guardia medica;
- assistenza ostetrico-ginecologica ambulatoriale e domiciliare (educazione sessuale, assistenza alla coppia, pianificazione familiare, visite periodiche alla gestante ed alla puerpera, ecc.);
- assistenza pediatrica ambulatoriale e domiciliare (controllo domiciliare dei neonati, educazione sanitaria dei genitori e degli educatori, asilo nido);
- assistenza infermieristica domiciliare;
- prelievi per indagini di laboratorio ed espletamento di esami elementari;
- vaccinazioni;
- visite di idoneità alla pratica sportiva generica;
- visite di assunzione al lavoro;
- assistenza agli anziani ed agli handicappati;
- visite periodiche per soggetti e gruppi a rischio;
- distribuzione dei farmaci;
- certificazione;
- polizia mortuaria e vigilanza igienica del suolo (prelievo di campioni delle acque potabili, superficiali, di scarico civile ed industriale; di materie prime utilizzate nei cicli tecnologici, ecc.);
- vigilanza igienica delle bevande e degli alimenti;
- vigilanza degli ambienti di lavoro;
- profilassi delle malattie diffuse dagli animali e controllo veterinario delle zoonosi;
- attività veterinarie di cui all'art. 14 della legge regionale 18.12.1981, n. 41, tenendo conto di quanto in essa contenuto;
- raccolta dei dati igienico-sanitari ed ambientali del distretto, anche utilizzando le strutture comunali già esistenti;
- servizio per prestazioni domestiche;
- servizi di supporto alla famiglia ed alla scuola;
- segretariato sociale.

Nel distretto vengono anche svolte le attività di raccolta delle informazioni utili ai fini del servizio informativo e dell'osservatorio epidemiologico nonchè di educazione sanitaria della popolazione e di aggiornamento degli operatori.

Il complesso delle suddette attività viene garantito da unità di personale che operano a livello distrettuale, identificabili in base:

- o alle specifiche e distinte competenze o responsabilità (area medica, infermieristica, di vigilanza ambientale, ecc.);
- o alla posizione giuridico-funzionale *(dipendenti, convenzionati);*
- o alla intensità di presenza sul territorio *(residenti,* che costituiscono l'équipe di base ed *itineranti,* che le integrano al bisogno e secondo un programma preordinato).

Gli operatori per i servizi di base sono già in gran parte disponibili, derivando da servizi preesistenti che vengono riutilizzati nella riorganizzazione su base distrettuale: uffici comunali di igiene, condotte mediche, ostetriche e veterinarie, enti mutualistici, consorzi, servizi provinciali, ospedalieri, ecc.

In conformità con quanto previsto dalle leggi i servizi sociali sono gestiti dai comuni singoli e associati.

1.4. FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI DISTRETTUALI

L'organizzazione del lavoro a livello distrettuale costituisce l'occasione per favorire la ricomposizione delle varie funzioni e per realizzare il lavoro di gruppo, pratica che non significa lavorare materialmente assieme, ma lavorare in maniera coordinata e finalizzata, con frequenti momenti di riflessione comune sul lavoro compiuto e sui programmi di attività.

Il lavoro collettivamente svolto dagli operatori del distretto di base deve essere coordinato, ai fini della regolarità ed efficienza operativa, sia con una corretta organizzazione dell'attività documentaria ed informativa di base che con l'attivazione di un momento organizzativo.

1.4.1. Attività documentaria ed informativa di base

Per descrivere quali siano le attività di carattere informativo che i servizi di base debbono svolgere, occorre premettere che la rilevazione e l'elaborazione dei dati sanitari possono produrre:
- *informazione di esercizio,* che serve ai livelli operativi del sistema per erogare gli interventi in modo più consapevole (e quindi più razionalmente organizzato);
- *informazione di governo,* che serve ai livelli decisionali del sistema per svolgere le funzioni di programmazione, valutazione e controllo.

A livello distrettuale le attività informative vengono eseguite dagli operatori contestualmente alle loro normali attività e mirano essenzialmente a due scopi: ricomporre l'informazione relativa al singolo individuo (informazione tipicamente di esercizio) proveniente dai diversi punti del sistema e fornire a livello zonale (USL) sintesi informative sullo stato di salute della popolazione utili per i rispettivi compiti di governo.

La prima necessità è quella di costituire uno schedario generale della popolazione del distretto, da collocare in sede unica come raccordo delle anagrafi comunali nel caso di distretti intercomunali. Ai dati anagrafici dovranno essere aggiunte le indicazioni relative al medico di fiducia ed alla fascia di rischio.

Gli strumenti fondamentali per la gestione dei dati individuali (compito esclusivo dei servizi di base) sono *il libretto sanitario e la cartella sanitaria di base.*

Il libretto sanitario ha la funzione di promemoria per gli operatori e per i cittadini e rappresenta uno strumento di comunicazione tra i diversi servizi cui il cittadino può rivolgersi. Tale libretto, il cui modello la legge 833/1978 prevede che venga approvato dal Ministro della Sanità sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, riporta i dati relativi a tutti gli eventi della storia sanitaria del cittadino.

Data la estrema variabilità delle notizie che vi possono comparire, e inutile prevedere una strutturazione rigida del libretto (con una serie predeterminata di dati da registrare) e proprio per questo carattere di flessibilità delle rilevazioni non deve necessariamente essere prevista alcuna gestione automatica delle informazioni in esso contenute.

La cartella sanitaria di base costituisce invece un promemoria ed uno strumento di lavoro ad uso esclusivo degli operatori che se ne avvalgono per reintegrare nel tempo l'informazione relativa ad ogni singolo assistito. La cartella deve essere messa a punto da coloro che concretamente dovranno utilizzarla ed in tal senso dovranno anche orientarsi i programmi delle attività di aggiornamento per il personale.

Nella cartella non vanno riportati tutti i dati relativi alla storia sanitaria del soggetto, ma va riportata una sintesi, periodicamente aggiornata, delle informazioni più utili.

Anche per i dati della cartella vanno scartate in partenza ipotesi di gestione di tipo "anagrafe sanitaria automatica".

Per quanto riguarda invece le informazioni di governo, specialmente quelle sullo stato di salute della popolazione, va innanzitutto promossa ed incentivata tra gli operatori la capacità di individuare i problemi sanitari emergenti, anche in assenza di dati statistici completi ed affidabili. Fermo restando che gli approfondimenti conoscitivi richiedono quasi sempre l'esecuzione di indagini epidemiologiche mirate, si possono adottare a livello distrettuale degli strumenti abbastanza semplici ed utili come gli elenchi nominativi (o registri) per problemi. In questi elenchi vanno riportati tutti i soggetti che in un determinato ambito territoriale sono affetti da una determinata forma morbosa ovvero sono esposti ad un determinato fattore di rischio. E' evidente come la consistenza di un problema possa emergere meglio da un tale sistema di registrazione che non dalla revisione periodica delle cartelle sanitarie.

Rientra tra le attività informative anche la divulgazione delle informazioni per promuovere una sempre maggiore partecipazione della popolazione ed una crescente consapevolezza sanitaria.
Va sottolineato, infine, che i servizi di base possono essere chiamati a collaborare all'esecuzione di indagini epidemiologiche su temi di particolare rilevanza o emergenza.
Con periodicità da concordare gli operatori dei servizi di base devono redigere una relazione di distretto che inviano all'USL; nella relazione le informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche della popolazione vanno integrate con quelle sui suoi problemi sanitari. Possono essere utilizzate tutte le fonti informative (formali ed informali): statistiche di attività dei servizi, degli uffici dei comuni, segnalazioni provenienti dalla collettività, ecc.
La relazione va intesa non solo come momento di riflessione degli operatori o peggio come atto burocratico-amministrativo ma va usata come spunto per una discussione tra utenti ed operatori sui problemi sanitari e sociali della zona.

1.4.2. Modalità di lavoro

Per un miglior funzionamento dei servizi distrettuali si tratta in particolare di:

- organizzare il lavoro dell'équipe residente e degli operatori itineranti: analisi dei problemi della popolazione servita, determinazione di precisi obiettivi di intervento, *verifica dell'attività svolta;*
- organizzare correttamente l'integrazione funzionale delle attività sociali a specifico rilievo sanitario.

Le attività di gruppo, come pure l'intervento operativo dei singoli professionisti, devono inoltre essere opportunamente regolati soprattutto per quanto concerne l'esigenza di:

- pianificare il lavoro ovunque debba essere svolto (a domicilio, nell'ambulatorio, nei luoghi di lavoro, nella scuola) anche mediante distribuzione dei compiti, orari, turni, sostituzioni, ferie;
- organizzare l'utilizzo pilotato dei servizi integrativi: prenotazioni accesso, trasferimento, rientro, pianificazione dei contatti diretti o delle comunicazioni fra operatori (ad es. medico di base e specialisti poliambulatoriali ed ospedalieri);
- predisporre lo svolgimento delle riunioni organizzative e di valutazione, anche con la partecipazione degli utenti;
- organizzare gli interventi, soprattutto a carattere preventivo (vaccinazioni, indagini programmate), rivolte a gruppi particolari di popolazione;
- ricevere e smistare le chiamate di servizio e per la guardia medica.

Il collegamento funzionale delle attività del distretto viene assicurato dalla figura di un operatore preferibilmente medico da individuare fra quelli dipendenti ed in possesso di particolare conoscenze nell'ambito dell'epidemiologia e della statistica, dell'organizzazione e valutazione dei servizi, degli aspetti medici dell'amministrazione sanitaria, delle tecniche della educazione sanitaria.
L'USL assicura il momento tecnico-amministrativo per lo svolgimento delle funzioni specifiche del distretto.

1.5. FIGURE PROFESSIONALI

La composizione dell'équipe di base (residente) deve essere tale da ricomprendere le competenze necessarie a garantire l'intervento nei settori prima ricordati, tenendo sempre conto del supporto degli operatori facenti parte dell'équipe itinerante.
Le figure professionali che, *a regime di funzionamento ottimale*, devono far parte dell'équipe di base sono:

- medico di base;
- ostetrico-ginecologo, pediatra, odontoiatra (specialità a larga diffusione territoriale);
- personale infermieristico ed, in particolare, assistenti sanitari, ostetriche, infermieri professionali ed igienisti dentali;

- farmacista ed operatore tecnico;
- veterinari;
- personale ausiliario dei veterinari;
- operatori sociali (assistenti sociali, educatori, ecc.);
- operatori professionali (personale tecnico diplomato addetto ai servizi di vigilanza igienica) da prevedere in graduale sostituzione degli attuali vigili sanitari;
- personale per le prestazioni di assistenza domestica.

Le attività svolte dagli operatori dell'équipe residente di base vengono integrate dalla presenza di operatori itineranti che svolgono la loro attività, oltre che nel distretto, anche ad altri livelli del sistema, come ad esempio: terapisti della riabilitazione, psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, psicopedagogisti, ecc.

La funzione di *guardia medica* non deve essere intesa come un servizio settoriale, verticale e occasionale di pronto soccorso territoriale, ma come espressione della continuità e residenzialità del personale medico distrettuale.

La guardia medica, attualmente esercitata sulla base del D.P.R. 7.5.1982, n. 281, va svolta a turno da parte degli stessi medici residenti nell'ambito del distretto ed organizzata in via prioritaria in coincidenza territoriale con l'area distrettuale, ma puo anche coincidere, in situazione di necessario sottodimensionamento dei distretti, con aree interdistrettuali.

1.6. CRITERI PER IL DIMENSIONAMENTO DEI SERVIZI

Nel definire gli standards orientativi per la composizione della équipe di base in vista della definizione delle piante organiche occorre tener conto delle caratteristiche geografiche, demografiche, sociali ed economiche del distretto. Le indicazioni che seguono devono essere assunte come *cifre medie orientative* e non come standards rigidi di riferimento e devono servire per la predisposizione della pianta organica del servizio da parte delle UU.SS.LL.

MODELLO ORGANICO PER DISTRETTO

Medico generico	1/1000-1500 abitanti adulti
Ostetrico-ginecologo	1/5000-6000 donne
Pediatra	1/700 bambini al disotto dei 12 anni
Odontoiatra	1/5000-10.000 abitanti
Personale infermieristico: (igienisti dentali, inferm. prof., ostetriche)	1/700 abitanti popolazione sparsa 1/1000 abitanti popolazione accentrata
Assistenti sanitari	2 per distretto
Veterinari	1 o più per distretto 1 per più distretti secondo le esigenze delle aree di intervento *(cfr. tab. n. 3.7.01)*
Personale ausiliario veterinario	1 per ogni veterinario
Farmacisti	1 + 1 collaboratore di farmacia ogni 4000/5000 abitanti tenendo conto della necessità che ogni comune abbia un armadio farmaceutico
Operatori sociali (assistenti sociali)	1 per ogni 5000 abitanti e comunque 1 per distretto
Operatori professionali per i servizi di vigilanza igienica	di regola almeno 1 per ogni distretto
Operatori per prestazioni domestiche	1/8-10 nuclei familiari appartenenti a fasce sociali aventi titolo

Alcune figure professionali tra quelle citate non sono attualmente disponibili sul mercato del lavoro in numero sufficiente; nelle pagine successive vengono fornite indicazioni circa gli obiettivi da conseguire nei prossimi tre anni al fine di costituire almeno i primi nuclei delle équipes di base e di garantire e migliorare i preesistenti livelli assistenziali.

Gli standards per gli operatori itineranti sono precisati nei paragrafi dedicati ai servizi integrativi intermedi e zonali.

1.7. CORRELAZIONE CON GLI ALTRI SERVIZI

Il distretto socio-sanitario è la sede propria dell'integrazione delle funzioni di tipo sanitario con quelle che rispondono ai bisogni sociali (assistenziali, economici, culturali) per favorire una risposta globale ai problemi di salute individuale e collettiva.
Le aree di intervento in cui è più frequente l'uso concomitante o alternativo di risorse sanitarie e sociali e per le quali è fondamentale l'utilizzo integrato delle risorse sono:
- quella materna-infantile (individuazione dei fattori di rischio socio-ambientali per il concepimento e la gravidanza; problemi dell'adozione; ecc.);
- quella degli handicaps (reinserimento nella famiglia e nella comunità, sostegno alle famiglie, ecc.);
- quella degli anziani (ricerca di alloggio, motivazioni assistenziali, ecc.);
- quella dei tossicodipendenti (recupero e reinserimento sociale);
- quella delle malattie mentali (recupero familiare, alternativo al ricovero).

E' particolarmente rilevante il ruolo cui è chiamato il mondo della scuola per l'insostituibile apporto educativo (educazione sanitaria) e, come tale, di prevenzione primaria nei settori di interesse sopra ricordati ed in altri altrettanto importanti (tutela ambientale, alimentazione, attività fisica, ecc.).
A livello distrettuale il personale di vigilanza e ispezione svolge la funzione di monitoraggio continuo dell'ambiente costituendo i sensori e gli attivatori dell'intervento delle strutture di prevenzione di livello zonale e multizonale. L'attività di vigilanza igienica deve essere flessibile e dimensionata alle esigenze effettive: la presenza di grossi insediamenti produttivi, ad es., rende conveniente il potenziamento periferico delle unità operative in termini di organici e di dotazione di strumenti di rilevazione. Per la loro attività gli operatori fanno riferimento al servizio di igiene e sanità pubblica, al servizio veterinario ed al servizio multizonale di prevenzione (Laboratorio di Sanità Pubblica) competente per territorio.
Per il collegamento con il servizio di igiene e sanità pubblica per le attività da svolgere nella scuola e negli ambienti di lavoro si rinvia al par. 3.1.5.
L'intera équipe di base costituisce il nucleo operativo sul quale si innestano le attività integrative svolte dagli operatori itineranti che trovano le loro sedi organizzative generalmente a livello di poliambulatorio o dei servizi zonali. Nei poliambulatori vengono infatti previsti spazi-lavoro per il personale itinerante. Nel primo triennio e sino a quando nòn verrà coperta l'attuale carenza quantitativa di alcune figure professionali (pediatri, ostetrico-ginecologi, odontoiatri e igienisti dentali) anche questo personale destinato ad inserirsi nell'équipe di base dovrà essere disponibile almeno a livello integrativo (poliambulatorio).
Un fondamentale collegamento funzionale è quello tra équipe di base, poliambulatorio e servizi ospedalieri. Sarà compito fondamentale dell'équipe di base fungere da filtro della domanda sanitaria e nel contempo garantire, in tempi e con modalità adeguate, l'accesso alle prestazioni specialistiche integrative che potranno comunque, se necessario, essere erogate anche a domicilio. Deve essere prevista la possibilità del più ampio accesso del personale di base all'interno dei servizi integrativi (poliambulatorio, ospedale) per offrire agli utenti una più adeguata continuità assistenziale e per favorire l'aggiornamento professionale degli stessi operatori.

1.8. OBIETTIVI PER IL TRIENNIO

Gli obiettivi per il triennio sono:

A. attivare in ogni distretto (circa 10.000 ab.) un primo nucleo di personale infermieristico costituito da 4-5 unità e da almeno un assistente sanitario;

B. perseguire il raggiungimento di un rapporto numerico fra medici ed assistibili che rispetti rigorosamente i termini e le procedure convenzionali;

C. attivare un nucleo di personale di assistenza domestica in ragione di almeno 2 unità ogni distretto (circa 10.000 ab.);

D. garantire almeno 1 assistente sociale per ogni distretto (circa 10.000 ab.). Le leggi regionali n. 10/1980 (Istituzione delle Associazioni dei Comuni) e n. 24/1980 (Organizzazione delle UU.SS.LL.) hanno demandato alla volontà politica dei Comuni la possibilità di esercitare con lo strumento dell'Associazione le funzioni amministrative di cui agli artt. 22 e 23 del D.P.R. 616/1977 in materia di assistenza e beneficenza.
Lo spirito che sottende al presente piano è quello di offrire alla comunità un intervento globale, efficace e produttivo. Da ciò deriva l'esigenza che tutte le risorse disponibili siano utilizzate in modo integrato, compreso il personale citato negli obiettivi C. e D. che deve essere messo a disposizione da parte dei comuni;

E. eliminare dall'assetto organizzativo degli istituti assistenziali comunali (per anziani, per handicappati, ecc.) le caratteristiche medico-infermieristiche. La domanda sanitaria dovrà infatti essere soddisfatta facendo ricorso ai servizi competenti per territorio (distretto, poliambulatorio, ospedale, ecc.);

F. garantire la presenza di un operatore professionale (operatore d'ambiente, ex-vigile sanitario) almeno nei distretti con insediamenti produttivi più consistenti;

G. attivare i canali di integrazione con gli altri servizi ed in particolare con gli specialisti ospedalieri che dovranno orientare sempre più la loro attività verso l'esterno dell'ospedale (Poliambulatorio);

H. individuare gli operatori cui affidare compiti di collegamento funzionale delle attività di base;

I. attivare, per la parte di base, il servizio informativo e l'osservatorio epidemiologico;

L. promuovere, favorire e valorizzare la partecipazione attraverso:
   1) l'accessibilità e la trasparenza dell'informazione (utilizzando ogni strumento che favorisca la conoscenza e la comprensione degli atti deliberati dagli organi della USL, del funzionamento e dello stato di attuazione dei programmi di piano);
   2) la socializzazione dei dati, degli interventi, dei risultati (sempre in termini accessibili a tutti i componenti della collettività);
   3) l'istituzionalizzazione di incontri a scadenze periodiche tra gli operatori dell'équipe di base e gli utenti;
   4) l'informazione dettagliata sul ruolo di intervento dell'équipe di base e degli utenti;
   5) l'informazione dettagliata sul potere di intervento degli organismi di decentramento amministrativo (consigli di quartiere, circoscrizioni...) per favorirne l'utilizzo da parte della popolazione ed offrire la possibilità di incidere direttamente sulle scelte di politica sanitaria;

M. perseguire, nei tempi e nei modi previsti, le finalità ed i progetti-obiettivo del piano socio-sanitario regionale.

2. SERVIZI INTEGRATIVI INTERMEDI (operanti entro il livello di USL)

2.1. POLIAMBULATORIO

2.1.1. Definizione del ruolo

Il servizio di poliambulatorio integra il livello di assistenza predisposto dai distretti di base; il servizio non deve costituire un diaframma o un livello gerarchico tra il distretto di base e il livello centrale di unità sanitaria locale. Il poliambulatorio è una struttura pubblica dove si erogano, di regola, da parte di personale medico, biologico e chimico, psicologico, infermieristico, tecnico-sanitario e con funzioni di riabilitazione, le prestazioni specialistiche (e strumentali, e di laboratorio) anche con una prevedibile presenza negli ambulatori distrettuali e a domicilio del paziente, quantomeno di alcune specialità necessarie per completare tutto l'arco delle prestazioni destinate alla tutela della salute, di natura *preventiva, curativa, riabilitativa,* e non soltanto diagnostico-terapeutica (come attualmente avviene).
Il termine "poliambulatorio" quindi, nella accezione corrente e nella immagine che ne ha dato il sistema mutualistico, non si attaglia perfettamente al *complesso delle funzioni che vengono più precisamente indicate come integrative di quelle di base.* Si tratta allora di operare per la messa in atto di un servizio profondamente diverso dall'attuale struttura poliambulatoriale mutualistica, che non ha avuto neppure la capacità di rappresentare un filtro per la rete ospedaliera. Il poliambulatorio, proprio perchè presidio integrativo dei servizi e delle prestazioni di base, deve operare su una domanda di prestazioni direttamente e immediatamente derivate dalle attività di distretto, con un rapporto tale per cui l'intervento specialistico si configuri come *consulenza* ai servizi di base medesimi. Da ciò deriva che l'attività dei servizi di base deve realizzarsi con criteri organizzativi e con metodologie di lavoro che permettano di *selezionare e qualificare la domanda* di prestazioni specialistiche, eliminando l'attuale enorme carico incongruo e ingiustificato.
All'interno del poliambulatorio devono trovare soddisfacimento anche alcune attività per la *medicina preventiva* (oltreché, ovviamente, per quella diagnostico-curativa), così da permettere una valutazione specialistica dei casi a rischio avviati dal livello di base. Tale organizzazione del lavoro risponde alla esigenza di eliminare ogni struttura settoriale di medicina preventiva: nella situazione attuale i servizi settoriali (medicina scolastica, ad es., o medicina del lavoro, talora con un proprio corredo specialistico in servizi e personale), o i centri di medicina preventiva, o i così detti centri per malattie sociali, hanno funzioni — organizzative, di dépistage, di definizione diagnostica, e talora anche di cura — che possono e debbono essere scomposte in altrettanti elementi da assegnare ai singoli presidi "ordinari", per i diversi livelli, della unità sanitaria locale.
Così come l'attività specialistica del poliambulatorio deve essere filtrata dai servizi di distretto, altrettanto — per la sua parte — esso deve svolgere una funzione di *filtro* nei confronti dell'ospedale. Ciò significa selezionare e qualificare una domanda che oggi, in assenza di un'offerta alternativa, si rivolge alla rete ospedaliera e che riguarda in particolare i così detti ricoveri "per accertamento" e una patologia minore di competenza specialistica.
Il fabbisogno di prestazioni specialistiche poliambulatoriali può esigere la localizzazione all'interno del territorio di una USL di uno o più presidi poliambulatoriali: è cioè l'ipotesi di una rete di servizi che prevede presidi differenziati per quantità e specialità presenti e/o per tipo di prestazioni, in rapporto alle reali esigenze sanitarie dell'utenza, alla situazione del territorio e delle sue infrastrutture, alle condizioni di insediamento della popolazione. La sua collocazione, prevista dal piano, può trovare sedi diverse: presso un complesso ospedaliero (garantendo una assoluta indipendenza funzionale), presso gli ex poliambulatori mutualistici o presso ogni altra struttura che possa essere opportunamente utilizzata e riconvertita alle specifiche funzioni.
Per quanto riguarda il personale, è da prevedere il turnover con quello ospedaliero, ove e quando l'arco delle specialità presenti in ospedale lo consenta, così da utilizzare e favorire un miglior livello di qualificazione del personale stesso ed ovviare alle attuali difficoltà di coordinamento e di comunicazione tra servizi poliambulatoriali e servizi ospedalieri.
Prima di affrontare il tema dell'assetto organizzativo di tali presidi, particolari approfondimenti si rendono necessari per alcune delle specialità prese in considerazione.

a) La riorganizzazione del servizio relativo alle *analisi di laboratorio* va vista nell'ambito di un riordino complessivo della materia, che prenda in considerazione il riassemblaggio e la

redistribuzione delle funzioni oggi esercitate da strutture diverse: i laboratori dei disciolti enti mutualistici, i laboratori degli ospedali, le sezioni medico-micrografiche dei laboratori provinciali di igiene e profilassi, i laboratori privati. Le attività di analisi chimico-cliniche, citologiche e microbiologiche si possono articolare a due diversi livelli di espletamento:

— di base: prelievi, raccolta di campioni, esecuzione di semplici determinazioni legate alla pratica medica corrente;
— centrale: esecuzione delle determinazioni che richiedono personale specializzato e strumentazioni idonee.

Le prime vengono svolte nell'ambito dei distretti e dei poliambulatori.

Le seconde sono di competenza dei laboratori di analisi chimico-cliniche, uno dei quali — nell'ambito di ciascuna USL — svolgerà attività di minor richiesta e di più specifica specializzazione (analisi microbiologiche, virologiche, citologiche, istologiche e di tossicologia industriale).

Nelle USL e nei comuni che oggi dispongono di più laboratori, dovranno essere previsti tempi e modalità per la loro riduzione ad un solo laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, ubicato in sede ospedaliera.

Un laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche nell'ambito del poliambulatorio può essere previsto solo nel caso in cui la popolazione della USL non sia inferiore a 50.000 abitanti.

Entro il 1983 dovrà essere organizzato per tutti i laboratori il controllo di qualità.

b) Un approccio particolare è necessario anche per l'*assistenza psichiatrica*, nel più vasto ambito delle attività dei servizi di salute mentale e di quelle previste dalla legge 13.5.1978, n. 180. L'intervento nell'ambito della salute mentale non può essere visto in modo separato dagli altri momenti dell'atto sanitario, la cui unitarietà va recuperata sia nella fase preventiva, sia nella fase diagnostico-curativa, sia in quella della riabilitazione; la naturale confluenza di queste esigenze complessive è la unità sanitaria locale. Da ciò deriva l'esigenza di istituire in ogni USL il dipartimento di salute mentale.

Il graduale superamento della struttura manicomiale, le sue diverse utilizzazioni, il coordinamento dei servizi e la possibilità di utilizzare personale di altri servizi, la loro unitarietà, il loro effettivo decentramento territoriale, l'attivazione di una pluralità di servizi extra ospedalieri (comunità-alloggio, case-protette) debbono pertanto costituire le basi e le fasi di un programma per l'intervento dell'assistenza psichiatrica all'interno del servizio sanitario. Il personale deve quindi integrarsi a tutti i livelli con i servizi socio-sanitari complessivi, nel quadro più ampio dei servizi di USL e nella individuazione del territorio quale modello di riferimento per l'intervento capillare e continuativo.

In questo quadro l'équipe è lo strumento operativo del servizio costituendone a livello di USL anche il momento di riferimento dell'organizzazione.

In un ambito territoriale e in una ampiezza demografica coincidente di massima con il bacino di utenza del poliambulatorio, l'équipe di salute mentale assicura la gestione ambulatoriale di casi singoli, gli interventi psico e socio-terapeutici individuali e di gruppo, anche per garantire un filtro al ricovero ospedaliero.

L'équipe opera anche presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura previsti negli stabilimenti ospedalieri generali, di cui alle tabelle specifiche dei servizi ospedalieri.

c) Per quanto riguarda la *Neuropsichiatria infantile* è necessario prevedere la presenza in alcune USL di un gruppo di operatori specifici (neuropsichiatri infantili).
Tale gruppo trova collocazione organica nel previsto dipartimento materno-infantile e, di conseguenza, usufruisce di letti di appoggio presso le divisioni pediatriche ed opera a servizio di più USL, correlandosi — a seconda della necessità — con i pediatri ed i medici di base, con gli operatori della salute mentale; assicura la necessaria presenza nei poliambulatori delle USL di riferimento e si raccorda — per le azioni sui singoli soggetti — con altre figure professionali quali gli psicologi presenti nel territorio, le assistenti sociali di distretto e gli operatori del servizio di recupero e rieducazione funzionale obbligatorio per tutti gli ospedali.

2.1.2. Assetto organizzativo e aree di attività

Il dimensionamento delle strutture poliambulatoriali è funzione di diversi parametri, alcuni più

rigidi, altri abbastanza manovrabili in rapporto alle previsioni del piano e alla qualità di funzionamento delle altre strutture, a monte e a valle. Così accanto al dato numerico della popolazione, alla sua concentrazione o dispersione, allo stato della viabilità e delle comunicazioni che ne condizionano l'accesso, si deve tener conto del livello tecnico dei servizi di base, dello sviluppo delle attività di prevenzione e di medicina preventiva messe in essere nel territorio, della ridefinizione delle attività ospedaliere. Lo stato attuale della domanda non rappresenta, del resto, un elemento valido per la qualificazione e/o quantificazione dei bisogni, in quanto risente fortemente della disparità delle prestazioni erogate, della localizzazione non programmata dei presidi poliambulatoriali mutualistici, della delega acritica e non selezionata allo specialista e agli accertamenti strumentali e di laboratorio da parte del medico di base, della quasi totale assenza di interventi di natura preventiva, del ruolo esercitato dalla struttura ospedaliera, per cui una parte delle prestazioni sono fornite mediante spedalizzazioni improprie.
Risulta pertanto estremamente difficile valutare il dimensionamento, anche se si possono fornire indicazioni di massima, per la previsione di specialità da inserire o meno sulla base del carico di popolazione, lavorando su alcuni criteri di fondo:
a) indici teorici di visite specialistiche per numero di abitanti;
b) indice orario di prestazioni del personale medico;
c) garanzia di esercizio;
d) pendolarità dell'utenza.
L'operazione, alla quale l'unità sanitaria locale si trova a far fronte, è specialmente quella di utilizzare e riconvertire le strutture già funzionanti per attività di tipo poliambulatoriale, o di recuperare strutture edilizie precedentemente destinate ad altri usi; la presentazione di moduli strutturali prestabiliti rischia di apparire pertanto allo stato attuale, una pura esercitazione; tanto più che le strutture in questione, nella maggior parte dei casi, dovranno avere una destinazione polivalente, in quanto utilizzabili per un numero adeguato di ore giornaliere e settimanali da operatori di diverse specializzazioni, e possibilmente con turni tali da prevederne una utilizzazione durante tutto l'arco della giornata, e magari anche nelle ore notturne, per l'espletamento delle funzioni di guardia-specialistica-notturna (e festiva). Orientativamente, dovranno essere individuati spazi-lavoro per:
a) attività consultoriali;
b) attività mediche;
c) attività chirurgiche;
d) attività di salute mentale per i minori e gli adulti;
e) attività di riabilitazione;
f) attività di prelievo, raccolta e preparazione di campioni;
g) attività radiologiche;
h) interruzione volontaria gravidanza;
i) attesa-guardaroba;
l) segreteria.

2.1.3. Criteri per il dimensionamento

Il poliambulatorio è un servizio integrativo del livello di assistenza predisposto dai distretti di base, con competenze territoriali pluri-distrettuali (almeno due distretti per un poliambulatorio). Una serie di operazioni di coordinamento funzionale rispetto al distretto debbono quindi trovare adeguato riscontro presso la struttura poliambulatoriale.
Il poliambulatorio, proprio in quanto integrativo dei servizi di base, deve operare su una domanda di prestazioni direttamente e immediatamente derivante dalle attività di distretto.
Questo significa che il medico di base *richiede* al "servizio" poliambulatoriale una consulenza specialistica che può esplicarsi in due modi:
a) consultazione dello specialista singolo per la cui disciplina è stato richiesto l'intervento;
b) consultazione simultanea di più specialisti per uno stesso caso, che a sua volta può attivarsi mediante richiesta espressa dal medico di base oppure dallo specialista al quale è stata inizialmente inoltrata la richiesta di consulenza.

In ogni caso, ogni indirizzo diagnostico e terapeutico deve tornare al medico di base, al quale soltanto spettano responsabilità e coordinamento.

L'atto formale di richiesta di consulenza specialistica e le conseguenti prestazioni presuppongono che presso il presidio poliambulatoriale sia possibile l'esplicazione di alcune attività, quali ad esempio:

a) l'accoglimento della richiesta;
b) la prenotazione del giorno e dell'ora in cui verrà effettuata la prestazione;
c) la comunicazione al distretto ed all'utente della prenotazione avvenuta.

A prenotazione avvenuta, deve essere necessaria l'esplicazione di altre attività quali ad esempio:

a) la trasmissione all'utente e al medico di base della diagnosi fatta e della relativa terapia consigliata o quanto altro inerente la prestazione effettuata;
b) la registrazione dei dati clinici relativi alla prestazione e il loro inoltro ai terminali competenti;
c) gli adempimenti amministrativi e contabili.

Tali attività, oltre che nei rapporti con il distretto di base, si ripercuotono poi anche all'interno dello stesso servizio poliambulatoriale in quanto presuppongono che venga definito il calendario con le presenze orarie e giornaliere degli specialisti consulenti e delle eventuali sostituzioni; il programma settimanale o mensile delle prenotazioni eseguite in rapporto alle "richieste" ed alle "presenze" onde diminuire al massimo i tempi morti dell'attesa; il sistema di rotazione nell'uso degli ambienti destinati a prestazioni sanitarie quando queste prevedano sistemi di abbinamento per specialità, il calendario delle attribuzioni del personale paramedico alle singole specialità in funzione delle presenze e specializzazioni di tale personale; ed infine tutti gli adempimenti tecnico-amministrativi.

Tutte le attività esposte in aggiunta a quelle di routine inerenti il funzionamento della struttura quali apertura e chiusura, pulizie, carico e scarico, vanno attribuite ad operatori del ruolo amministrativo con preclusione dell'impiego di personale infermieristico.

Al fine di addivenire ad una ipotesi di dimensionamento del poliambulatorio, sono stati determinati indici teorici di fabbisogno di esami specialistici annuali per numero di abitanti a seguito di studi ed analisi di ricercatori nel campo della programmazione e organizzazione dei servizi sanitari condotti sulla scorta di dati *di servizio* della letteratura e della documentazione italiane ed internazionali, di una diversa finalità, qualitativa del servizio sanitario.

Per quanto si riferisce all'indice orario di prestazioni del personale medico, si riporta, nella tabella n. 2.1.01, il numero di prestazioni per ora di lavoro per alcune branche specialistiche.

Tabella n. 2.1.01

INDICI ORARI DI PRESTAZIONI DEL PERSONALE MEDICO

Specialità		*Numero prestazioni/ora*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA		4
CARDIOLOGIA		3
OCULISTICA		4
UROLOGIA		4
PNEUMOLOGIA		4
NEUROLOGIA		3
OTORINOLARINGOIATRIA		5
CHIRURGIA		4
DERMATOLOGIA		5
RADIOLOGIA		3,4
LABORATORIO ANALISI		21,6
RIABILITAZIONE:	Medici	2
	Terapisti	6
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		3
PSICHIATRIA		2
NEFROLOGIA		4

Il criterio di fondo per stabilire se una specialità possa e debba essere inserita o meno in un presidio poliambulatoriale deve consistere nella garanzia di esercizio, che può essere attuato di regola assicurando la *presenza della specialità per almeno due giorni a settimana*, per un *totale minimo complessivo di 7 ore*. In bacini di utenza di tipo montano si può eccezionalmente, operare con un minimo di 6 ore settimanali; per contro, nei centri urbani, il minimo dovrebbe essere portato a 8 ore.

I tempi minimi di esercizio vanno almeno triplicati per la radiologia, al fine di garantire l'impiego di apparecchiature efficienti e tecnicamente non superate.

Il rapporto numerico esami specialistici/popolazione non puo essere esclusivo metro di valutazione del fabbisogno; deve essere quantomeno integrato con la realtà relativa alla dispersione della popolazione, alle distanze da coprire, allo stato della viabilità e delle comunicazioni, onde garantire agli utenti le condizioni relativamente meno sfavorevoli per l'accesso al servizio.

Nella definizione degli ambiti territoriali di riferimento deve comunque essere salvaguardato al massimo il principio generale secondo cui l'accesso al servizio di consulenza specialistica non deve sottrarre di regola agli utenti un tempo superiore alle quattro ore, percorrenza ed utilizzazione comprese.

Dall'applicazione integrata dei criteri e parametri fin qui indicati, si può costruire il carico teorico complessivo di prestazioni specialistiche e di tempi-orari per territorio, così da avviare nel concreto un piano di servizio, dotato naturalmente di quella elasticità necessaria a favorire la verifica della congruità tra ipotesi di piano e realtà di esercizio, pesantemente condizionata quest'ultima da variabili esterne al servizio specifico (in particolare: efficienza ed efficacia dei servizi di base a monte, e anche di quelli ospedalieri a valle). La tabella seguente (n. 2.1.02) individua, in linea di massima, ed in maniera orientativa, il bacino demografico di utenza di alcune branche specialistiche.

Tabella n. 2.1.02

IPOTESI DI BACINO OTTIMALE DEMOGRAFICO MINIMO DI UTENZA
PER ALCUNE BRANCHE SPECIALISTICHE

CARDIOLOGIA		15.000-20.000 ab.
CHIRURGIA		15.000 ab.
DERMATOLOGIA		25.000 ab.
NEUROLOGIA		20.000-25.000 ab.
OCULISTICA		15.000 ab.
ODONTOIATRIA		10.000 ab.
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA		15.000 ab.
OTORINOLARINGOIATRIA		15.000 ab.
PNEUMOLOGIA		20.000 ab.
RADIOLOGIA		20.000-25.000 ab.
RIABILITAZIONE:	personale medico	20.000 ab.
	personale tecnico	10.000 ab.
PSICHIATRIA		15.000-20.000 ab.
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		25.000-40.000 ab.

Il *bacino di utenza* dei presidi specialistici integrativi delle attività di base può essere compreso mediamente *tra i 20.000 e 30.000 abitanti*, considerando che il tetto superiore sia quello ottimale per il funzionamento di una struttura poliambulatoriale completa di tutte le specialità necessarie per la medicina preventiva, curativa e riabilitativa. Limiti inferiori portano alla creazione di strutture sovradimensionate — almeno sul piano puramente funzionale — ma, in taluni casi del tutto eccezionali, necessarie in base alle condizioni oggettive del territorio e della popolazione. In conclusione, compatibilmente con le condizioni ambientali, di comunicazione e di distribuzione della popolazione, si può prevedere che le attività specialistiche integrative dei servizi di base possano essere espletate nel modo seguente:

a) *in poliambulatori completi*, nei quali sono presenti tutte le specialità con presenze di norma giornaliere di tutti gli specialisti;
b) *in poliambulatori* nei quali sono assenti le specialità a più bassa frequenza di utenza e ad alto carico strumentale; le presenze degli specialisti si articolano periodicamente nell'arco della settimana.

Nella tabella n. 2.1.03 sono stati calcolati gli indici teorici di richieste di esami specialistici tenendo conto della specificità del territorio, della composizione della popolazione per classi di età, della situazione attuale dei servizi, del programma di intervento ipotizzato dai documenti di piano fino ad ora prodotti. La proposta è relativa alle specialità elencate nella tabella n. 2.1.01, essenziali per avere un panorama generale e significativamente orientativo delle dimensioni di un presidio poliambulatoriale.

Tabella n. 2.1.03

INDICI TEORICI DELLE RICHIESTE DI ESAMI SPECIALISTICI ANNUALI PER NUMERO DI ABITANTI

Specialità	*numero esami specialistici per 10.000 ab.*	*n. ab. esami*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	900	11
CARDIOLOGIA	1.000	10
OCULISTICA	1.850	5
UROLOGIA	260	38
PNEUMOLOGIA	625	16
NEUROLOGIA	600	17
OTORINOLARINGOIATRIA	1.250	8
CHIRURGIA	1.440	7
DERMATOLOGIA	714	14
RADIOLOGIA	2.200	4,5
LABORATORIO ANALISI	23.041	0,4
PSICHIATRIA	2.500	4
NEFROLOGIA	140	71
RIABILITAZIONE: medici	400	25
terapisti	2.000	5
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	530	19

In particolare si dà conto, per alcune specialità, dei parametri indicati:

- *Ortopedia*: 900 esami per 10.000 ab. Si è scelto un parametro medio, in considerazione della necessità e possibilità di portare nel territorio prestazioni specialistiche che, al momento, gravano sugli ospedali accentuando il numero di ricoveri talora incongrui e spesso a lunga durata di degenza.
- *Cardiologia*: 1.000 esami per 10.000 ab.
- *Oculistica*: 1850 esami per 10.000 ab. Si propone un parametro alto che tenga conto contemporaneamente dell'obbiettivo di assicurare sul territorio (in sede, cioè, non di degenza) la risposta a gran parte della patologia oculistica medica e chirurgica, nonché delle attività di controllo specialistico della popolazione in età scolare e del prevalente trattamento in regime ambulatoriale di casi di oculistica medica oggi trattati mediante ricovero ospedaliero.
- *Urologia:* 260 esami per 10.000 ab. Un parametro medio in rapporto alla composizione per classi di età della popolazione, che sconta un marcato invecchiamento con conseguente allargamento quantitativo della fascia a rischio.
- *Pneumologia*: 625 esami per 10.000 ab. Parametro indubbiamente alto, ma tale da assicurare una assistenza specialistica non necessariamente ospedaliera a una popolazione con alto indice di invecchiamento e con una conseguente patologia respiratoria che pesa, in assenza di servizio specialistico extraospedaliero e di assistenza domiciliare, in maniera sensibile sui ricoveri ospedalieri.
- *Neurologia*: 600 esami per 10.000 ab.
- *Otorinolaringoiatria*: 1.250 esami per 10.000 ab.
- *Chirurgia*: 1.440 esami per 10.000 ab. E' stato scelto un parametro alto in funzione della possibilità di ridurre i ricoveri ospedalieri, che trovano attualmente uno dei motivi di incentivazione in tutta una gamma di interventi di piccola chirurgia che possono essere efficacemente attuati con prestazioni extra-ospedaliere.
- *Dermatologia*: 714 esami per 10.000 ab.
- *Radiologia:* 2.200 esami per 10.000 ab.
- *Laboratorio*: 23.041 esami per 10.000 ab. Parametri — questi ultimi tre — sufficientemente alti per poter puntare ad una marcata contrazione dei ricoveri ospedalieri che trovano nella voce "accertamenti" un altro dei grossi motivi di incentivazione; non così alti però da non essere espressione di un obiettivo di riqualificazione del servizio (complessivo, e soprattutto medico) di base, con conseguente selezione e qualificazione della domanda.

Per le attività relative alla pediatria e alla odontoiatria — che sono tipiche attività di base a livello distrettuale — non è relativamente prevedibile disporre nel triennio degli specialisti occorrenti; è pertanto necessario programmare la formazione di questo personale a livello universitario in accordo con le facoltà mediche del territorio e viciniori.

Nel frattempo, però, è opportuno provvedere alle immediate necessità suddette con personale convenzionato, nei limiti delle possibilità offerte dal mercato.

Si deve comunque prevedere l'utilizzazione di un adeguato numero di infermieri professionali che possano essere qualificati — con idonee iniziative di formazione — anche per le attività di salute mentale.

Nella tabella n. 2.1.04 sono esposti i bacini minimi di utenza elaborati in base agli indici orari riportati nella tabella n. 2.1.01.

Tabella n. 2.1.04

BACINI MINIMI DI UTENZA

Specialità	tempo minimo di esercizio 6 ore alla settimana			tempo minimo di esercizio 8 ore alla settimana		
	a	*b*	*c*	*a*	*b*	*c*
	n. es/ settimana	n. es/ anno	bacino di utenza in abitanti	n. es/ settimana	n. es/ anno	bacino di utenza in abitanti
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	24	1.248	13.867	32	1.664	18.489
CARDIOLOGIA	18	936	9.370	24	1.248	12.480
OCULISTICA	24	1.248	6.646	32	1.664	8.995
UROLOGIA	24	1.248	48.000	32	1.664	61.000
PNEUMOLOGIA	24	1.248	19.968	32	1.664	26.624
NEUROLOGIA	18	936	15.600	24	1.248	20.800
OTORINOLARINGOIATRIA	30	1.560	12.480	40	2.080	16.640
CHIRURGIA	24	1.248	8.667	32	1.664	11.556
DERMATOLOGIA	30	1.560	21.849	40	2.080	29.132
RADIOLOGIA	20	1.040	4.727	27	1.404	6.382
LABORATORIO ANALISI	130	6.760	2.934	173	8.996	3.904
RIABILITAZIONE: medici	12	624	15.600	16	832	20.800
terapisti	36	1.872	9.360	48	2.496	12.480
NEFROLOGIA	24	1.248	89.143	32	1.664	118.857
PSICHIATRIA	12	624	2.496	16	832	3.328
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	18	936	17.660	24	1.248	23.547

Nella seguente tabella (n. 2.1.05) viene esposta, sia pure in forma indicativa, la organizzazione del personale per specialità.

Tabella n. 2.1.05

ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE

Specialità	*Personale specialistico (1)*	*Personale non specialistico*
CARDIOLOGIA	1 medico 1 infermiere professionale	inservienti
UROLOGIA	1 medico 1 infermiere professionale	
OTORINOLARINGOIATRIA	1 medico 1 infermiere professionale	
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	1 medico 1 infermiere professionale	

segue

Specialità	*Personale specialistico (1)*	*Personale non specialistico*
OCULISTICA	1 medico 1 ortottista 1 infermiere professionale	inservienti
RADIOLOGIA	1 medico 3 tecnici 1 infermiere professionale	
LABORATORIO ANALISI	2 laureati 3 tecnici 1 infermiere professionale	
NEUROLOGIA	1 medico 1 fisioterapista 1 infermiere professionale	
PNEUMOLOGIA	1 medico 1 fisioterapista 1 infermiere professionale	
NEFROLOGIA	1 medico 1 infermiere professionale	
CHIRURGIA	1 medico 1 infermiere professionale	
DERMATOLOGIA	1 medico 1 infermiere professionale	
NEUROPSICHIATRIA * INFANTILE	1 neupsichiatra infantile 1 assistente sociale 1 infermiere professionale	
PSICHIATRIA ** Ip A: (2)	1 psichiatra 1 psicologo 6 infermieri professionali	
Ip B: (3)	1 psichiatra 1 psicologo 3 assistenti sociali 25 infermieri professionali	
RIABILITAZIONE	1 medico fisiatra 1 psicologo 12 terapisti della riabilitazione (fisiochinesiterapisti, esperti della rieducazione dei pluriminorati sensoriali, ecc) 2 logopedisti	

SERVIZIO DI SEGRETERIA

ARCHIVIO

(1) il personale non medico deve essere utilizzato a tempo pieno e per più branche specialistiche
* l'équipe neuropsichiatrica e il neuropsichiatra infantile svolgono la loro attività anche a livello di distretto e di ospedale
** l'équipe psichiatrica ed lo psichiatra svolgono la loro attività anche a livello di distretto e di ospedale
(2) per USL priva di posti-letto psichiatrici
(3) per USL con posti-letto psichiatrici

Dalla correlazione tra i parametri teorici di fabbisogno di esami per specialità e gli indici orari di prestazione del personale medico, si traggono indicazioni di massima, (tabelle n. 2.1.06a-z) per ogni USL, in merito agli accertamenti specialistici e di ore annuali e settimanali per garantire la risposta del servizio al fabbisogno ipotizzato.
Per alcune specialità viene altresì indicata l'USL cui si deve fare riferimento.

Tabella n. 2.1.06 a)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 1 (Abitanti n. 17242)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 17242 ab.	n. esami/h	h/anno x 17242 ab.	h/settim. x 17242 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	1552	4	388	7	
CARDIOLOGIA	1724	3	575	11	
OCULISTICA	3190	4	798	15	
UROLOGIA	448	4	112	2	USL n. 2
PNEUMOLOGIA	1078	4	270	5	USL n. 2
NEUROLOGIA	1035	3	345	7	
OTORINOLARINGOIATRIA	2155	5	431	8	
CHIRURGIA	2483	4	621	12	
DERMATOLOGIA	1231	5	246	5	USL n. 2
RADIOLOGIA	3793	3,4	1116	21	
LABORATORIO ANALISI	39727	21,6	1839	35	
NEFROLOGIA	241	4	60	1	USL n. 5
RIABILITAZIONE: medici	690	2	345	7	
terapisti	3448	6	575	11	
PSICHIATRIA *	4311	2	2156	41	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	914	3	305	6	USL n. 3

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 b)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 2 (Abitanti n. 19499)

Specialità	*a* n. esami x 19499 ab.	*b* n. esami/h	*c* h/anno x 19499 ab.	*d* h/settim. x 19499 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	1755	4	439	8	
CARDIOLOGIA	1950	3	650	13	
OCULISTICA	3607	4	902	17	
UROLOGIA	507	4	127	2	
PNEUMOLOGIA	1219	4	305	6	
NEUROLOGIA	1170	3	390	8	
OTORINOLARINGOIATRIA	2437	5	487	9	
CHIRURGIA	2808	4	702	14	
DERMATOLOGIA	1392	5	278	5	
RADIOLOGIA	4290	3.4	1262	24	
LABORATORIO ANALISI	44928	21.6	2080	40	
NEFROLOGIA	273	4	68	1	USL n. 5
RIABILITAZIONE: medici	780	2	390	8	
terapisti	3900	6	650	13	
PSICHIATRIA *	4875	2	2438	47	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1033	3	344	7	USL n. 3

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 c)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 3 (Abitanti n. 115957)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 115957 ab.	n. esami/h	h/anno x 115957 ab.	h/settim. x 115957 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	10436	4	2609	50	
CARDIOLOGIA	11596	3	3865	74	
OCULISTICA	21452	4	5363	103	
UROLOGIA	3015	4	754	15	
PNEUMOLOGIA	7247	4	1812	35	
NEUROLOGIA	6957	3	2319	45	
OTORINOLARINGOIATRIA	14495	5	2899	56	
CHIRURGIA	16698	4	4175	80	
DERMATOLOGIA	8279	5	1656	32	
RADIOLOGIA	25511	3.4	7503	144	
LABORATORIO ANALISI	267177	21.6	12369	238	
NEFROLOGIA	1623	4	406	8	
RIABILITAZIONE: medici	4638	2	2319	45	
terapisti	23191	6	3865	74	
PSICHIATRIA *	28989	2	14495	279	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	6146	3	2049	39	

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 d)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 4 (Abitanti n. 74079)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 74079 ab.	n esami/h	h/anno x 74079 ab.	h/settim. x 74079. ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	6667	4	1667	32	
CARDIOLOGIA	7408	3	2469	47	
OCULISTICA	13705	4	3426	66	
UROLOGIA	1926	4	482	9	
PNEUMOLOGIA	4630	4	1158	22	
NEUROLOGIA	4445	3	1482	29	
OTORINOLARINGOIATRIA	9260	5	1852	36	
CHIRURGIA	10667	4	2667	51	
DERMATOLOGIA	5289	5	1058	20	
RADIOLOGIA	16297	3.4	4793	92	
LABORATORIO ANALISI	170685	21.6	7902	152	
NEFROLOGIA	1037	4	259	5	
RIABILITAZIONE: medici	2963	2	1482	29	
terapisti	14816	6	2469	47	
PSICHIATRIA *	18520	2	9260	178	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3926	3	1309	25	

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 e)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 5 (Abitanti n. 39469)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 39469 ab.	n. esami/h	h/anno x 39469 ab.	h/settim. x 39469 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	3552	4	888	17	
CARDIOLOGIA	3947	3	1316	25	
OCULISTICA	7302	4	1826	35	
UROLOGIA	1026	4	257	5	
PNEUMOLOGIA	2467	4	617	12	
NEUROLOGIA	2368	3	789	15	
OTORINOLARINGOIATRIA	4934	5	987	19	
CHIRURGIA	5684	4	1421	27	
DERMATOLOGIA	2818	5	564	11	
RADIOLOGIA	8683	3.4	2554	49	
LABORATORIO ANALISI	90941	21.6	4210	81	
NEFROLOGIA	553	4	138	3	
RIABILITAZIONE: medici	1579	2	790	15	
terapisti	7894	6	1316	25	
PSICHIATRIA *	9867	2	4934	95	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2092	3	697	13	USL n. 3

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 f)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 6 (Abitanti n. 32729)

	a	b	c	d	
Specialità	n. esami x 32729 ab.	n. esami/h	h/anno x 32729 ab.	h/settim. x 32729. ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	2946	4	737	14	
CARDIOLOGIA	3373	3	1091	21	
OCULISTICA	6055	4	1514	29	
UROLOGIA	851	4	213	4	USL n. 4
PNEUMOLOGIA	2046	4	512	10	
NEUROLOGIA	1964	3	655	13	
OTORINOLARINGOIATRIA	4091	5	818	16	
CHIRURGIA	4713	4	1178	23	
DERMATOLOGIA	2337	5	467	9	
RADIOLOGIA	7200	3.4	2118	41	
LABORATORIO ANALISI	75411	21.6	3491	67	
NEFROLOGIA	458	4	115	2	USL n. 4
RIABILITAZIONE: medici	1309	2	655	13	
terapisti	6546	6	1091	21	
PSICHIATRIA *	8182	2	4091	79	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1735	3	578	11	USL n. 4

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 g)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 7 (Abitanti n. 36169)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 36169 ab.	n. esami/h	h/anno x 36169 ab.	h/settim. x 36169 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	3255	4	814	16	
CARDIOLOGIA	3617	3	1206	23	
OCULISTICA	6691	4	1673	32	
UROLOGIA	940	4	235	5	
PNEUMOLOGIA	2261	4	565	11	
NEUROLOGIA	2170	3	723	14	
OTORINOLARINGOIATRIA	4521	5	904	17	
CHIRURGIA	5208	4	1302	25	
DERMATOLOGIA	2582	5	516	10	
RADIOLOGIA	7957	3.4	2340	45	
LABORATORIO ANALISI	83337	21.6	3858	74	
NEFROLOGIA	506	4	127	2	USL n. 4
RIABILITAZIONE: medici	1447	2	724	14	
tepisti	7234	6	1206	23	
PSICHIATRIA *	9042	2	4521	87	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1917	3	619	12	USL n. 4

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 h)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 8 (Abitanti n. 66491)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 66491 ab.	n. esami/h	h/anno x 66491 ab.	h/settim. x 66491 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	5984	4	1496	29	
CARDIOLOGIA	6649	3	2216	43	
OCULISTICA	12301	4	3075	59	
UROLOGIA	1729	4	432	8	
PNEUMOLOGIA	4156	4	1039	20	
NEUROLOGIA	3989	3	1330	26	
OTORINOLARINGOIATRIA	8311	5	1662	32	
CHIRURGIA	9575	4	2394	46	
DERMATOLOGIA	4747	5	949	18	
RADIOLOGIA	14628	3.4	4302	83	
LABORATORIO ANALISI	153202	21.6	7093	136	
NEFROLOGIA	931	4	233	4	USL n. 12
RIABILITAZIONE: medici	2660	2	1330	26	
terapisti	13298	6	2216	43	
PSICHIATRIA *	16623	2	8312	160	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3524	3	1175	23	USL n. 10

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 i)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 9 (Abitanti n. 53294)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 53294 ab.	n. esami/h	h/anno x 53294 ab.	h/settim. x 53294 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	4796	4	1199	23	
CARDIOLOGIA	5329	3	1776	84	
OCULISTICA	9859	4	2465	47	
UROLOGIA	1386	4	347	7	
PNEUMOLOGIA	3331	4	833	16	
NEUROLOGIA	3198	3	1066	21	
OTORINOLARINGOIATRIA	6662	5	1332	26	
CHIRURGIA	7674	4	1919	37	
DERMATOLOGIA	3805	5	761	15	
RADIOLOGIA	11725	3.4	3449	66	
LABORATORIO ANALISI	122795	21.6	5685	109	
NEFROLOGIA	746	4	187	4	USL n. 12
RIABILITAZIONE: medici	2132	2	1066	21	
terapisti	10659	6	1777	34	
PSICHIATRIA *	13324	2	6662	128	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2825	3	942	18	USL n. 12

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 j)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 10 (Abitanti n. 98553)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 98553 ab.	n. esami/h	h/anno x 98553 ab.	h/settim. x 98553 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	8870	4	2218	43	
CARDIOLOGIA	9855	3	3285	63	
OCULISTICA	18232	4	4558	88	
UROLOGIA	2562	4	641	12	
PNEUMOLOGIA	6160	4	1540	30	
NEUROLOGIA	5913	3	1971	38	
OTORINOLARINGOIATRIA	12319	5	2464	47	
CHIRURGIA	14192	4	3540	68	
DERMATOLOGIA	7037	5	1407	27	
RADIOLOGIA	21682	3.4	6377	123	
LABORATORIO ANALISI	227076	21.6	10513	202	
NEFROLOGIA	1380	4	345	7	
RIABILITAZIONE: medici	3942	2	1971	38	
terapisti	19711	6	3285	63	
PSICHIATRIA *	24638	2	12319	237	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	5223	3	1741	33	

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 k)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 11 (Abitanti n. 65282)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 65282 ab.	n. esami/h	h/anno x 65282 ab.	h/settim. x 65282 ab.	*USL di riferimento*
ORTOFEDIA e TRAUMATOLOGIA	5875	4	1469	28	
CARDIOLOGIA	6528	3	2176	42	
OCULISTICA	12077	4	3019	58	
UROLOGIA	1697	4	424	8	
PNEUMOLOGIA	4080	4	1020	20	
NEUROLOGIA	3917	3	1306	25	
OTORINOLARINGOIATRIA	8160	5	1632	31	
CHIRURGIA	9401	4	2350	45	
DERMATOLOGIA	4661	5	932	18	
RADIOLOGIA	14362	3.4	4224	81	
LABORATORIO ANALISI	150416	21.6	6964	134	
NEFROLOGIA	914	4	229	4	USL n. 10
RIABILITAZIONE: medici	2611	2	1306	25	
terapisti	13056	6	2176	42	
PSICHIATRIA *	16321	2	8161	157	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3460	3	1153	22	

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 l)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 12 (Abitanti n. 124957)

Specialità	*a* n. esami x 124957 ab.	*b* n. esami/h	*c* h/anno x 124957 ab.	*d* h/settim. x 124957 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	11246	4	2812	54	
CARDIOLOGIA	12496	3	4165	80	
OCULISTICA	23117	4	5779	111	
UROLOGIA	3249	4	812	16	
PNEUMOLOGIA	7810	4	1953	38	
NEUROLOGIA	7497	3	2499	48	
OTORINOLARINGOIATRIA	15620	5	3124	60	
CHIRURGIA	17994	4	4499	87	
DERMATOLOGIA	8922	5	1784	34	
RADIOLOGIA	27491	3.4	8086	156	
LABORATORIO ANALISI	287913	21.6	13329	256	
NEFROLOGIA	1749	4	437	8	
RIABILITAZIONE: medici	4998	2	2499	48	
terapisti	24991	6	4165	80	
PSICHIATRIA *	31239	2	15620	300	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	6623	3	2208	42	

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 m)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 13 (Abitanti n. 41433)

	a	b	c	d	
Specialità	n. esami x 41433 ab.	n. esami/h	h/anno x 41433 ab.	h/settim. x 41433 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	3729	4	932	18	
CARDIOLOGIA	4143	3	1381	27	
OCULISTICA	7665	4	1916	37	
UROLOGIA	1077	4	269	5	USL n. 12
PNEUMOLOGIA	2590	4	644	12	
NEUROLOGIA	2486	3	829	16	
OTORINOLARINGOIATRIA	5179	5	1036	20	
CHIURURGIA	5966	4	1492	29	
DERMATOLOGIA	2958	5	592	11	
RADIOLOGIA	9115	3.4	2681	52	
LABORATORIO ANALISI	95466	21.6	4420	85	
NEFROLOGIA	580	4	145	3	USL n. 12
RIABILITAZIONE: medici	1657	2	829	16	
terapisti	8287	6	1381	27	
PSICHIATRIA *	10358	2	5176	100	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2196	3	732	14	USL n. 12

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 n)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 14 (Abitanti n. 55100)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 55100 ab.	n. esami/h	h/anno x 55100 ab.	h/settim. x 55100 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	4959	4	1240	24	
CARDIOLOGIA	5510	3	1837	35	
OCULISTICA	10194	4	2549	49	
UROLOGIA	1433	4	358	7	
PNEUMOLOGIA	3444	4	861	17	
NEUROLOGIA	3306	3	1102	21	
OTORINOLARINGOIATRIA	6888	5	1378	27	
CHIRURGIA	7944	4	1984	38	
DERMATOLOGIA	3934	5	787	15	
RADIOLOGIA	12122	3.4	3565	69	
LABORATORIO ANALISI	126956	21.6	5878	113	
NEFROLOGIA	771	4	193	4	USL n. 16
RIABILITAZIONE: medici	2204	2	1102	21	
terapisti	10620	6	1837	35	
PSICHIATRIA *	13775	2	6888	132	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2920	3	973	19	USL n. 16

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 o)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 15 (Abitanti n. 88843)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 88843 ab.	n. esami/h	h/anno x 88843 ab.	h/settim x 88843 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	7996	4	1999	38	
CARDIOLOGIA	8882	3	2961	57	
OCULISTICA	16436	4	4109	79	
UROLOGIA	2310	4	578	11	
PNEUMOLOGIA	5553	4	1388	27	
NEUROLOGIA	5331	3	1777	34	
OTORINOLARINGOIATRIA	11105	5	2221	43	
CHIRURGIA	12793	4	3198	62	
DERMATOLOGIA	6343	5	1269	24	
RADIOLOGIA	19545	3.4	5749	111	
LABORATORIO ANALISI	204703	21.6	9477	182	
NEFROLOGIA	1244	4	311	6	
RIABILITAZIONE: medici	3554	2	1777	34	
terapisti	17769	6	2962	57	
PSICHIATRIA *	22211	2	11106	214	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4709	3	1570	30	

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 p)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 16 (Abitanti n. 55341)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 55341 ab.	n. esami/h	h/anno x 55341 ab.	h/settim. x 55341 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	4981	4	1245	24	
CARDIOLOGIA	5534	3	1845	35	
OCULISTICA	10238	4	2560	49	
UROLOGIA	1439	4	360	7	
PNEUMOLOGIA	3459	4	865	17	
NEUROLOGIA	3320	3	1107	21	
OTORINOLARINGOIATRIA	6918	5	1384	27	
CHIRURGIA	7969	4	1892	38	
DERMATOLOGIA	3951	5	790	15	
RADIOLOGIA	12175	3.4	3581	69	
LABORATORIO ANALISI	127511	21.6	5903	114	
NEFROLOGIA	775	4	194	4	
RIABILITAZIONE: medici	2214	2	1107	21	
terapisti	11068	6	1845	35	
PSICHIATRIA *	13835	2	6918	135	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2933	3	978	19	

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 q)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 17 (Abitanti n. 61520)

Specialità	*a* n. esami x 61520 ab.	*b* n. esami/h	*c* h/anno x 61520 ab.	*d* h/settim. x 61520 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	5537	4	1364	27	
CARDIOLOGIA	6152	3	2051	39	
OCULISTICA	11381	4	2845	55	
UROLOGIA	1600	4	400	8	
PNEUMOLOGIA	3845	4	961	18	
NEUROLOGIA	3691	3	1230	24	
OTORINOLARINGOIATRIA	769	5	1538	30	
CHIRURGIA	8859	4	2215	43	
DERMATOLOGIA	4393	5	879	17	
RADIOLOGIA	13534	3.4	3981	77	
LABORATORIO ANALISI	141718	21.6	6562	126	
NEFROLOGIA	861	4	215	4	USL n. 21
RIABILITAZIONE: medici	2461	2	1231	24	
terapisti	12304	6	2051	39	
PSICHIATRIA *	15380	2	7690	148	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3261	3	1087	21	USL n. 21

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 r)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 18 (Abitanti n. 21693)

	a	*b*	*c*	*d*	
	n. esami x 21693 ab.	n. esami/h	h/anno x 21693 ab.	h/settim. x 21693 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	1952	4	488	9	
CARDIOLOGIA	2169	3	723	14	
OCULISTICA	4013	4	1003	19	
UROLOGIA	564	4	141	2	USL. n. 19
PNEUMOLOGIA	1356	4	339	7	
NEUROLOGIA	1302	3	434	8	
OTORINOLARINGOIATRIA	2712	5	542	10	
CHIRURGIA	3124	4	781	15	
DERMATOLOGIA	1549	5	310	6	
RADIOLOGIA	4772	3.4	1404	27	
LABORATORIO ANALISI	49983	21.6	2314	45	
NEFROLOGIA	304	4	76	1	USL n. 15
RIABILITAZIONE: medici	868	2	434	8	
terapisti	4339	6	723	14	
PSICHIATRIA *	5423	2	2712	52	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1150	3	383	7	USL n. 15

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 s)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 19 (Abitanti n. 41086)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 41086 ab.	n. esami/h	h/anno x 41086 ab.	h/settim. x 41086 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	3698	4	925	18	
CARDIOLOGIA	4109	3	1376	26	
OCULISTICA	7601	4	1900	37	
UROLOGIA	1068	4	267	5	
PNEUMOLOGIA	2568	4	642	12	
NEUROLOGIA	2465	3	822	16	
OTORINOLARINGOIATRIA	5136	5	1027	20	
CHIRURGIA	5916	4	1479	28	
DERMATOLOGIA	2934	5	587	11	
RADIOLOGIA	9039	3.4	2659	51	
LABORATORIO ANALISI	94666	21.6	4383	84	
NEFROLOGIA	575	4	144	3	USL n. 15
RIABILITAZIONE: medici	1643	2	822	16	
terapisti	8217	6	1370	26	
PSICHIATRIA *	10272	2	5136	99	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2178	3	726	14	USL n. 15

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 t)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 20 (Abitanti n. 17020)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 17020 ab.	n. esami/h	h/anno x 17020 ab.	h/settim. x 17020 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	1532	4	383	7	
CARDIOLOGIA	1702	3	576	11	
OCULISTICA	3149	4	787	15	
UROLOGIA	443	4	111	2	USL n. 15
PNEUMOLOGIA	1064	4	266	5	
NEUROLOGIA	1021	3	340	7	
OTORINOLARINGOIATRIA	2128	5	426	8	
CHIRURGIA	2451	4	613	12	
DERMATOLOGIA	1215	5	243	5	
RADIOLOGIA	3744	3.4	1101	21	
LABORATORIO ANALISI	39216	21.6	1816	35	
NEFROLOGIA	238	4	60	1	USL n. 15
RIABILITAZIONE: medici	681	2	341	7	
terapisti	3404	6	567	11	
PSICHIATRIA *	4255	2	2128	41	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	902	3	301	6	USL n. 15

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 u)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 21 (Abitanti n. 86609)

Specialità	*a* n. esami x 86609 ab.	*b* n. esami/h	*c* h/anno x 86609 ab.	*d* h/settim x 86609 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	7795	4	1949	37	
CARDIOLOGIA	8661	3	2887	56	
OCULISTICA	16023	4	4006	77	
UROLOGIA	2252	4	563	11	
PNEUMOLOGIA	5413	4	1353	26	
NEUROLOGIA	5197	3	1732	33	
OTORINOLARINGOIATRIA	10826	5	2165	42	
CHIRURGIA	12472	4	3118	60	
DERMATOLOGIA	6184	5	1237	24	
RADIOLOGIA	19054	3.4	5604	108	
LABORATORIO ANALISI	199556	21.6	9239	178	
NEFROLOGIA	1213	4	303	6	
RIABILITAZIONE: medici	3464	2	1732	33	
terapisti	17322	6	2887	56	
PSICHIATRIA *	21652	2	10826	208	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4590	3	1530	29	

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 v)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 22 (Abitanti n. 91271)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 91271 ab.	n. esami/h	h/anno x 91271 ab.	h/settim. x 91271 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	8214	4	2054	40	
CARDIOLOGIA	9127	3	3042	59	
OCULISTICA	16885	4	4221	81	
UROLOGIA	2373	4	593	11	
PNEUMOLOGIA	5704	4	1426	27	
NEUROLOGIA	5476	3	1825	35	
OTORINOLARINGOIATRIA	11409	5	2282	44	
CHIRURGIA	13143	4	3286	63	
DERMATOLOGIA	6517	5	1303	25	
RADIOLOGIA	20080	3.4	5906	114	
LABORATORIO ANALISI	210298	21.6	9736	187	
NEFROLOGIA	1278	4	320	6	
RIABILITAZIONE: medici	3651	2	1826	35	
terapisti	18254	6	3042	59	
PSICHIATRIA *	22818	2	11409	219	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4837	3	1612	31	USL n. 24

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 w)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 23 (Abitanti n. 16963)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 16963 ab.	n. esami/h	h/anno x 16963 ab.	h/settim. x 16963 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	1527	4	382	7	
CARDIOLOGIA	1696	3	565	11	
OCULISTICA	3138	4	785	15	
UROLOGIA	441	4	110	2	USL n. 24
PNEUMOLOGIA	1060	4	265	5	
NEUROLOGIA	1018	3	339	7	
OTORINOLARINGOIATRIA	2120	5	424	8	
CHIRURGIA	2443	4	611	12	
DERMATOLOGIA	1211	5	242	5	
RADIOLOGIA	3732	3.4	1098	21	
LABORATORIO ANALISI	39084	21.6	1809	35	
NEFROLOGIA	237	4	59	1	USL n. 24
RIABILITAZIONE: medici	679	2	340	7	
terapisti	3393	6	566	11	
PSICHIATRIA *	4241	2	2121	41	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	899	3	300	6	USL n. 24

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.06 z)

PREVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI SPECIALISTICI (IN NUMERO, IN ORE SETTIMANALI E ANNUALI)

USL N° 24 (Abitanti n. 99843)

	a	*b*	*c*	*d*	
Specialità	n. esami x 99843 ab.	n. esami/h	h/anno x 99843 ab.	h/settim. x 99843 ab.	*USL di riferimento*
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	8986	4	2247	43	
CARDIOLOGIA	9984	3	3328	64	
OCULISTICA	18741	4	4618	89	
UROLOGIA	2596	4	649	12	
PNEUMOLOGIA	6240	4	1560	30	
NEUROLOGIA	5991	3	1997	38	
OTORINOLARINGOIATRIA	12480	5	2496	48	
CHIRURGIA	14377	4	3594	69	
DERMATOLOGIA	7129	5	1426	27	
RADIOLOGIA	21965	3.4	6460	124	
LABORATORIO ANALISI	230048	21.6	10650	205	
NEFROLOGIA	1398	4	350	7	
RIABILITAZIONE: medici	3994	2	1997	38	
terapisti	19969	6	3328	64	
PSICHIATRIA *	24961	2	12481	240	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	5292	3	1764	34	

* *Carico di ore necessarie per prestazioni che vanno dal territorio, all'ambulatorio, all'ospedale ove esistano letti per acuti.*

Tabella n. 2.1.07

FABBISOGNO DI PERSONALE NON MEDICO CALCÓLATO PER USL IN BASE AL NUMERO DEI POLIAMBULATORI PREVISTI NEL PRIMO TRIENNIO

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*
	N.P. 1	N.P. 1	N.P. 3	N.P. 3	N.P. 2	N.P. 2	N.P. 2	N.P. 3
FIGURE PROFESSIONALI	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*
INFERMIERI PROFESSIONALI	5	5	15	15	10	10	10	15
TECNICI (RADIOLOGIA)	2	2	6	6	4	4	4	6
TECNICI (LABORATORIO)	4	4	12	12	8	8	2	12
FISIOTERAPISTI (NEUROLOGIA)	1	1	3	3	2	2	2	3
ORTOTTISTI	1	1	3	3	2	2	2	3
INFERMIERI PER LA SALUTE MENTALE	7	7	40	40	33	14	14	40
PSICOLOGI	2	2	6	6	4	4	4	6
ASSISTENTI SOCIALI	1	1	5	5	4	2	2	5
TERAPISTI RIABILITAZIONE	5	5	15	15	10	10	10	15
LOGOPEDISTI	1	1	3	3	2	2	2	3
ASSISTENTI AMMINISTRATIVI	1	1	3	3	2	2	2	3
COADIUTORI AMMINISTRATIVI	2	2	6	6	4	4	4	6
AUSILIARI	2	2	6	6	4	4	4	6
TOTALE	34	34	123	123	89	68	62	123

Note: *N.P. — Numero poliambulatori*

Tabella n. 2.1.07

FABBISOGNO DI PERSONALE NON MEDICO CALCOLATO PER USL IN BASE AL NUMERO DEI POLIAMBULATORI PREVISTI NEL PRIMO TRIENNIO

	9	10	11	12	13	14	15	16
	N.P. 2	N.P. 4	N.P. 2	N.P. 4	N.P. 2	N.P. 2	N.P. 3	N.P. 2
FIGURE PROFESSIONALI	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*
INFERMIERI PROFESSIONALI	10	20	10	15	10	10	15	10
TECNICI (RADIOLOGIA)	4	8	4	6	4	4	6	4
TECNICI (LABORATORIO)	8	16	8	12	8	8	12	8
FISIOTERAPISTI (NEUROLOGIA)	2	4	2	3	2	2	3	2
ORTOTTISTI	2	4	2	3	2	2	3	2
INFERMIERI PER LA SALUTE MENTALE	33	47	33	40	33	14	40	33
PSICOLOGI	4	8	4	6	4	4	6	4
ASSISTENTI SOCIALI	4	6	4	5	4	2	5	4
TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE	10	20	16	15	10	10	15	10
LOGOPEDISTI	2	4	2	3	2	2	3	2
ASSISTENTI AMMINISTRATIVI	2	4	2	3	2	2	3	2
COADIUTORI AMMINISTRATIVI	4	8	4	6	4	4	6	4
AUSILIARI	4	8	4	6	4	4	6	4
TOTALE	89	157	95	123	89	68	123	89

Note: *N.P. — Numero poliambulatori*

Tabella n. 2.1 07

FABBISOGNO DI PERSONALE NON MEDICO CALCOLATO PER USL IN BASE AL NUMERO DEI POLIAMBULATORI PREVISTI NEL PRIMO TRIENNIO

	17	*18*	*19*	*20*	*21*	*22*	*23*	*24*	*Totale*
	N.P. 3	N.P. 1	N.P. 3	N.P. 2	N.P. 3	N.P. 3	N.P. 1	N.P. 2	N.P. 56
FIGURE PROFESSIONALI	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*	*numero*
INFERMIERI PROFESSIONALI	15	5	15	8	15	15	5	10	273
TECNICI (RADIOLOGIA)	6	2	6	2	6	6	2	4	108
TECNICI (LABORATORIO)	12	4	12	4	12	12	4	8	210
FISIOTERAPISTI (NEUROLOGIA)	3	1	3	1	3	3	1	2	54
ORTOTTISTI	3	1	3	2	3	3	1	2	55
INFERMIERI PER LA SALUTE MENTALE	40	7	40	7	40	40	7	33	682
PSICOLOGI	6	2	6	2	6	6	2	4	108
ASSISTENTI SOCIALI	5	1	5	1	5	5	1	4	86
TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE	15	5	15	5	15	15	5	10	276
LOGOPEDISTI	3	1	3	1	3	3	1	2	54
ASSISTENTI AMMINISTRATIVI	3	1	3	2	3	3	1	2	55
COADIUTORI AMMINISTRATIVI	6	2	6	4	6	6	2	4	110
AUSILIARI	6	2	6	4	6	6	2	4	110
TOTALE	123	34	123	43	123	123	34	89	2181

Note *N.P. — Numero poliambulatori*

Tabella n. 2.1.08

FABBISOGNO TEORICO MINIMO DI PERSONALE MEDICO PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Specialità	*Monte ore x anno*	*Medici n.*
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	31.876	22
CARDIOLOGIA	47.320	33
OCULISTICA	65.624	46
UROLOGIA	9.152	6
PNEUMOLOGIA	22.256	15
NEUROLOGIA	28.548	20
OTORINOLARINGOIATRIA	35.568	25
CHIRURGIA	51.168	36
DERMATOLOGIA	20.228	14
RADIOLOGIA	91.988	64
LABORATORIO ANALISI	151.476	105
NEFROLOGIA	4.940	3
RIABILITAZIONE	28.548	20
PSICHIATRIA	177.684	123
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	25.012	18
TOTALE	791.388	550

L'attività medica è stata calcolata in 30 ore settimanali per 48 settimane lavorative, con arrotondamento in eccesso

2.1.4. Criteri per la localizzazione

Si è già sottolineato che il solo rapporto numerico abitanti-strutture non può essere metro esclusivo di valutazione del fabbisogno, e quindi della distribuzione territoriale dei poliambulatori e della individuazione dei rispettivi bacini di utenza; questo primo parametro indicativo deve essere integrato con dati relativi alla dispersione o concentrazione della popolazione, alle distanze, alle condizioni della viabilità e ai tempi di percorrenza, così da garantire agli utenti la massima facilità di accesso e diminuire i disagi dovuti agli spostamenti.
La situazione delle Marche, sottolineata da notevole disomogeneità di insediamento, con aree urbane prevalentemente concentrate sulla costa o a ridosso di questa, e con aree di media e alta collina e anche di montagna caratterizzate da piccoli centri e da popolazione sparsa, obbliga ad un esame particolareggiato per singola USL, e alla creazione di presidi poliambulatoriali con notevole campo di variabilità, anche per ambiti di popolazione ridotti rispetto a parametri in precedenza ritenuti ottimali, scendendo in alcuni casi persino a bacini di utenza al di sotto dei 20.000 abitanti.

Ciò si rende necessario in determinate situazioni al fine di dar vita ad una rete di strutture effettivamente *integrative* dell'assistenza di base e quindi ad essa vicine, e nel contempo capaci di rispondere alla funzione di filtro a monte dell'ospedale, che — soddisfacendo in tempi brevi e con il minimo di disagio le necessità diagnostico-specialistiche della popolazione — riescano a drenare il forte flusso in direzione degli ospedali.

Nelle tabelle di seguito riportate si individuano gli ambiti nei quali deve essere previsto l'esercizio di una *funzione poliambulatoriale* che non sempre prevede la presenza di tutte le specialità.
La localizzazione ottimale e quella da realizzare nel primo triennio sono state determinate tenendo anche conto delle differenti situazioni nonché della reale disponibilità quantitativa e qualitativa di personale e della concreta applicazione delle proposte di piano relative agli ospedali.

Il piano regionale aderisce al principio formulato nella proposta di piano sanitario triennale nazionale di tendere all' '*aumento del numero delle persone servite dalle strutture pubbliche per la maggiore attività e competitività delle stesse rispetto alle strutture private*".
Per la localizzazione dei servizi poliambulatoriali ci si è basati sulla previsione annuale degli accertamenti specialistici e delle ore annuali di esercizio, calcolati come in precedenza, riportati sulla base degli abitanti di ciascuna USL (tab. 2.1.06) nonché delle indicazioni emerse dalle varie consultazioni.

Tabella n 2 1 09

POLIAMBULATORI A REGIME

USL n.	Popolazione al 31.12.80	N. poliambulatori	Tempo min. es.	Località		TIPOLOGIA Completo	Incompleto di
1	17 242	1	6	NOVAFELTRIA	in sede ospedaliera		urologia - pneumologia dermatologia - nefrologia
2	19 499	1	6	MACERATA FELTRIA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia
3	115 957	4	8	PESARO centro	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente	si	
				PESARO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente		urologia - nefrologia
				PESARO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente	si	
				S. ANGELO IN LIZZOLA (Montecchio)	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente		pneumologia - nefrologia dermatologia - urologia
4	74 079	3	8	FANO	in sede ospedaliera	si	
				FANO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente	si	
				MONDOLFO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		urologia - nefrologia
5	39 469	2	6	URBINO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente	si	
				URBANIA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		urologia - nefrologia
6	32 729	2	6	FOSSOMBRONE	in sede ospedaliera		urologia - nefrologia
				MONDAVIO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		urologia - nefrologia - dermatologia
7	36 169	3	6	CAGLI	in sede ospedaliera		nefrologia - urologia
				PERGOLA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia
				PIOBBICO	ex novo fuori sede ospedaliera		nefrologia - urologia - pneumologia - neurologia - dermatologia
8	66 491	3	8	SENIGALLIA	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente		nefrologia
				CORINALDO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
				OSTRA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia - dermatologia

segue

USL n.	*Popolazione al 31.12.80*	*N. poliam-bulatori*	*Tempo min. es.*	*Località*		TIPOLOGIA *Completo*	TIPOLOGIA *Incompleto di*
9	53.294	2	8	CHIARAVALLE	in sede ospedaliera		nefrologia
				FALCONARA M.	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente		nefrologia - urologia
10	98.553	5	8	JESI	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente	si	
				CINGOLI	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia
				FILOTTRANO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
				CUPRAMONTANA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia - dermatologia
				MONTECAROTTO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia - dermatologia
11	65.282	4	6	FABRIANO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente		nefrologia
				SASSOFERRATO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		urologia - nefrologia
				MATELICA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
				ARCEVIA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia - dermatologia
12	124.957	4	8	ANCONA centro	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente	si	
				ANCONA Piano S. Lazzaro	in sede ospedaliera INRCA		nefrologia - urologia
				CAMERANO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente		nefrologia
				ANCONA Torrette	in sede ospedaliera	si	
13	41.433	2	8	OSIMO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente		nefrologia - urologia
				CASTELFIDARDO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia - dermatologia
14	55.100	3	7	POTENZA PICENA	fuori sede ospedaliera ex novo		nefrologia - urologia
				RECANATI	in sede ospedaliera		nefrologia
				LORETO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - dermatologia
15	88.843	4	7	MACERATA	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente		nefrologia
				MACERATA	in sede ospedaliera	si	
				CORRIDONIA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
				TREIA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia - dermatologia
16	55.341	2	8	TRODICA DI MORROVALLE	ex novo fuori sede ospedaliera		nefrologia - urologia
				CIVITANOVA MARCHE	ex novo fuori sede ospedaliera	si	

segue

USL n.	Popolazione al 31.12.80	N. poliambulatori	Tempo min. es.	Località		TIPOLOGIA Completo	In completo di
17	61.520	3	7	PORTO S. ELPIDIO	fuori sede ospedaliera ex novo		nefrologia
				S. ELPIDIO A MARE	in sede ospedaliera		nefrologia - urologia
				MONTEGRANARO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
18	21 693	1	6	S SEVERINO MARCHE	in sede ospedaliera		nefrologia - urologia
19	41 086	3	6	TOLENTINO	in sede ospedaliera		nefrologia
				SARNANO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
				S. GINESIO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia dermatologia
20	17 020	2	6	CAMERINO	in sede ospedaliera		nefrologia - urologia
				VISSO	ministruttura in presidio preesistente	*solo di*	ortopedia - cardiologia oculistica - chirurgia
21	86 609	4	8	FERMO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente	si	
				MONTEGIORGIO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
				PORTO S. GIORGIO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
				PETRITOLI	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
22	91 271	4	8	S BENEDETTO DEL TR	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente	si	
				RIPATRANSONE	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
				MONTEFIORE A.	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia - urologia
				S. BENEDETTO DEL TR	fuori sede ospedaliera nuova struttura		nefrologia - urologia - pneumologia - dermatologia
23	16 963	1	6	COMUNANZA	in struttura preesistente		nefrologia - urologia
24	99 843	4	7	ASCOLI PICENO	fuori sede ospedaliera in struttura preesistente	si	
				ASCOLI PICENO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente		nefrologia - urologia
				ACQUASANTA T	ex novo		nefrologia - urologia
				OFFIDA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare		nefrologia

Tabella n. 2.1.10

POLIAMBULATORI DEL TRIENNIO

USL n.	*Popolazione al 31.12.80*	*N. poliambulatori a regime*	*1° triennio*	*Località*	*Rete della prima fase*
1	17.242	1	1	NOVAFELTRIA	in sede ospedaliera
2	19.499	1	1	MACERATA F.	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
3	115.957	4	3	PESARO centro	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				PESARO	in presidio preesistente
				S.ANGELO IN LIZZOLA Montecchio	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
4	74.079	3	3	FANO	in sede ospedaliera
				FANO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				MONDOLFO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
5	39.469	2	2	URBINO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				URBANIA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
6	32.729	2	2	FOSSOMBRONE	in sede ospedaliera
				MONDAVIO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
7	36.169	3	2	CAGLI	in sede ospedaliera
				PERGOLA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
8	66.491	3	3	SENIGALLIA	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				CORINALDO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
				OSTRA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
9	53.294	2	2	FALCONARA M.	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				CHIARAVALLE	in sede ospedaliera
10	98.553	5	4	JESI	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				MONTECAROTTO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
				FILOTTRANO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
				CUPRAMONTANA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
11	65.282	4	2	FABRIANO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				ARCEVIA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
12	124.957	4	4	ANCONA centro	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				ANCONA Piano S. Lazzaro	in sede ospedaliera preesistente (INRCA)
				CAMERANO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				ANCONA Torrette	in sede ospedaliera
13	41.433	2	2	OSIMO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				CASTELFIDARDO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
14	55.100	3	2	POTENZA PICENA	nuovo presidio
				RECANATI	in sede ospedaliera
15	88.843	4	3	MACERATA	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				CORRIDONIA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
				TREIA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
16	55.341	2	2	TRODICA DI MORROVALLE	ex novo fuori sede ospedaliera
				CIVITANOVA MARCHE	nuovo presidio

segue

USL n.	Popolazione al 31.12.80	N. poliambulatori a regime	N. poliambulatori 1° triennio	Località	Rete della prima fase
17	61.520	3	3	PORTO S. ELPIDIO	nuovo presidio
				MONTEGRANARO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
				S.ELPIDIO A MARE	in sede ospedaliera
18	21.693	1	1	S. SEVERINO MARCHE	in sede ospedaliera
19	41.086	3	3	SARNANO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
				S. GINESIO	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
				TOLENTINO	in sede ospedaliera
20	17.020	2	2	CAMERINO	in sede ospedaliera
				VISSO	ministruttura in presidio preesistente
21	86.609	4	3	MONTEGIORGIO	in sede ospedaliera
				PETRITOLI	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
				FERMO	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
22	91.271	4	3	S. BENEDETTO DEL T.	fuori sede ospedaliera in presidio preesistente
				RIPATRANSONE	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
				MONTEFIORE A.	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
23	16.963	1	1	COMUNANZA	in struttura preesistente
24	99.843	4	2	ASCOLI PICENO	fuori sede ospedaliera in struttura preesistente
				OFFIDA	in ex sede ospedaliera da ristrutturare
TOTALE		67	56		

2.1.5. Integrazione unitaria, a livello territoriale, dell'assistenza medica specialistica

Nel caso sia documentata la necessità, soprattutto nella fase di transizione dalla vecchia alla nuova organizzazione, di integrazione della struttura pubblica da parte dei liberi professionisti e di strutture private specialistiche, le UU.SS.LL. provvedono a stipulare convenzioni sulla base della vigente normativa.
Le unità sanitarie locali nell'organizzazione e nella gestione dei servizi specialistici dovranno attenersi alle seguenti direttive:
— creare un'area della specialistica unitaria nella quale il convenzionamento esterno deve avere carattere integrativo e serva anche a garantire la libertà di scelta sancita dalla legge di riforma;
— garantire il collegamento funzionale dei servizi specialistici con le attività degli altri servizi socio-sanitari nel territorio;
— espletare l'azione di filtro ai ricoveri attraverso il presidio poliambulatoriale;
— assicurare che le prestazioni erogate su richiesta del medico di base avvengano in genere presso il presidio ambulatoriale e con il meccanismo della tempestiva prenotazione, ad eccezione dei casi urgenti;
— assicurare che le prestazioni medico-specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, avvengano con le procedure previste dall'art. 3 della legge 26.1.1982, n. 12;
— provvedere affinché nell'arco di validità del piano ai medici e ad enti privati convenzionati sia riservato il 20 per cento dell'attività specialistica dell'intero territorio di ogni USL.

La stipula delle convenzioni è sottoposta a preventivo nulla-osta della giunta regionale.
Le convenzioni in vigore alla data dell'1.1.1981 vengono rinnovate o prorogate non oltre il 1983. Entro tale data la Regione disciplinerà con apposita legge l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato in base a quanto previsto dall'art. 25 e dall'art. 43 della legge n. 833/1978, e d'intesa con le UU.SS.LL. definirà un loro razionale utilizzo nel territorio regionale.

2.2. SERVIZI RESIDENZIALI PER L'ASSISTENZA

2.2.1. Specificazione dei servizi e definizione del loro ruolo.

Uno dei compiti di maggiore rilievo che spettano ai servizi socio-assistenziali è garantire un soddisfacente livello di vita a quei cittadini che per l'insufficiente o l'inesistente disponibilità economica siano nell'impossibilità di realizzarlo autonomamente e che, al tempo stesso, rientrino tra i casi considerati dagli artt. 30, 31 e 38 della Costituzione. Si tratta in particolare di:
- minori abbandonati, definitivamente o transitoriamente;
- minori che debbono essere allontanati dalla famiglia di origine;
- soggetti con problemi di devianze sociali;
- anziani;
- handicappati, fisici o psichici.

Tale esigenza è sentita in particolare per:
- *domanda di alloggio;*
- *domanda di assistenza tutelare*, intendendosi con tale termine che si richiede la presenza di persone idonee in un qualunque momento della giornata, che viene espressa dai cittadini che sono sostanzialmente inabili;
- *domanda di surrogazione del nucleo familiare*: viene di regola espressa da minori e, in parte, da anziani e da handicappati;
- *domanda di insegnamento scolastico:*
  - relativamente alla scuola dell'obbligo: viene espressa da minori;
  - relativamente alle scuole susseguenti quella dell'obbligo: viene espressa da minori e da handicappati;
- *domanda di formazione professionale:* viene espressa da minori, da handicappati e da altri soggetti;
- *domanda di riabilitazione funzionale:* viene espressa da handicappati;
- *domanda di reinserimento sociale:* viene espressa soprattutto da handicappati psichici, ma puo interessare anche altri soggetti.

Nel dare risposta a questo insieme di domande due sono gli equivoci da evitare. In primo luogo quello di ritenere che tutte le domande espresse globalmente dal singolo soggetto debbano essere soddisfatte mediante un unico strumento di risposta: l'istituto. In secondo luogo quello di ritenere che la regola della risposta debba fondarsi sulle problematiche relative al caso complesso che, proprio per tale complessità, è da ritenersi eccezionale.
Vi sono domande non di competenza dei servizi socio-assistenziali, che devono essere soddisfatte da altri servizi. Ciò è particolarmente evidente per le domande d'insegnamento scolastico e di formazione professionale (competenze dei servizi educativi e formativi) e di riabilitazione funzionale (competenza dei servizi sanitari).
Resta compito dei servizi socio-assistenziali il soddisfacimento — pur nei limiti dell'attuale legislazione assistenziale — delle domande di:
- alloggio;
- assistenza tutelare;
- reinserimento sociale.

La *domanda di solo alloggio* può essere soddisfatta secondo diverse modalità, che vanno dal mini-alloggio per singolo o coppia ad un normale appartamento nel quale convivono più persone, senza presenza alcuna di operatori (com'è nel caso di anziani sostanzialmente autosufficienti o nel caso di handicappati fisici di limitata gravità) o con la presenza di un educatore od operatori di altra qualifica come è nel caso dei minori e degli handicappati psichici. All'appartamento ed ai suoi ospiti (di regola oscillanti tra 3 e 6) sono state date in passato, nel corso delle varie iniziative sviluppatesi per ricercare un'alternativa all'istituzione, diverse soluzioni: casa-famiglia, gruppo appartamenti, gruppo-famiglia e simili, dizioni che si ritiene di unificare in quella di *comunità-alloggio*. Si tratta in definitiva di un servizio di tipo residenziale che per ogni eventuale esigenza (sanitaria, scolastica, ecc.) fa riferimento ai diversi

tipi di servizi territoriali. Ciò vale anche per l'utilizzazione, ove del caso, del servizio domiciliare.
Lo sviluppo delle comunità alloggio non richiede affatto che gli alloggi siano tutti e sempre di proprietà comunale, nel senso che per la loro acquisizione può farsi ricorso al normale mercato edilizio, prendendo in affitto idonei appartamenti sia privati, sia di enti pubblici. Si ritiene necessaria un'idonea attività di promozione affinché in ogni intervento di edilizia economica e popolare sia prevista qualche unità abitativa idonea allo scopo (priva di barriere architettoniche) che potrà essere presa in affitto. All'onere del costo-alloggio potranno, ove possibile, concorrere anche gli utenti.
La *domanda contemporanea di alloggio e assistenza tutelare* viene espressa da anziani sostanzialmente inabili e da handicappati fisici e psichici di particolare gravità. In questo caso esiste la necessità di disporre di un presidio, con personale fisso, a presenza continua nell'arco delle 24 ore, idoneo ad ospitare ed assistere gli interessati, evitando sia di giungere a dimensioni tali da entrare in contrasto con l'obiettivo, sia la sradicazione dei cittadini dall'ambiente sociale d'origine.
Questo tipo di presidio — che si caratterizza per la presenza in esso di personale idoneo a garantire assistenza tutelare — può giungere alla dimensione di 30-40 ospiti e può essere definito *casa-protetta*.
Per esigenze particolari, concernenti, ad esempio, soggetti che previa opportuna attività educativo-riabilitativa, possono essere resi autonomi ed inseriti in case-alloggio, la casa-protetta può organizzarsi in piccoli gruppi con personale assistenziale ad hoc. Tale presidio può essere realizzato utilizzando, in tutto o in parte, un preesistente istituto.
Comunità-alloggio e *casa-protetta* sono le soluzioni alternative al processo di istituzionalizzazione, comunque motivato.
Per quanto riguarda, infine, la *domanda di reinserimento sociale* — che interessa prima di tutto anziani e handicappati oggi ospiti degli istituti e che resta sempre indispensabile per handicappati fisici e psichici — va chiarito che essa va attuata non mediante servizi o strutture specifiche, ma garantendo ai singoli individui la partecipazione piena alla vita sociale e, prima di tutto, alla vita del lavoro per chi è ancora in età lavorativa

2.2.2. Assetto organizzativo e figure professionali richieste

La *comunità alloggio* presenta un assetto organizzativo molto semplice. Si tratta di un appartamento normale usato in comunità da persone non appartenenti alla stessa famiglia, con forme di autogestione e con il supporto, se necessario, del servizio di assistenza domiciliare competente per territorio. Nel caso di minori la comunità è integrata da almeno un operatore specifico (educatore).
La *casa-protetta* è un servizio più complesso della comunità-alloggio, che richiede locali idonei all'allettamento e al soggiorno dei suoi ospiti. In essa opera, a turni capaci di coprire le 24 ore, personale con funzione educativo-assistenziale (tutelare e non sanitario). Il vitto può essere assicurato con diverse modalità: presso la casa-protetta può essere istituita una cucina, utilizzabile anche per l'assistenza domiciliare, oppure i pasti possono essere forniti da una cucina esistente presso altro servizio viciniore (stabilimento ospedaliero). Il trattamento della biancheria può essere garantito da una lavanderia in loco (anch'essa utilizzabile per l'assistenza domiciliare) oppure venire assicurato dalla lavanderia ubicata presso lo stabilimento ospedaliero. Le figure professionali occorrenti per la gestione di una casa-protetta sono:
— personale educativo assistenziale;
— personale ausiliario;
— personale per cucina e lavanderia.
Pur escludendosi personale sanitario specificamente addetto, la casa-protetta deve disporre di un minimo di attrezzature per esigenze di primo intervento.
Per l'assistenza sanitaria e riabilitativa ai loro ospiti, le comunità-alloggio e la case-protette sono sostenute dai normali servizi territoriali, facendo primo riferimento ai medici inseriti nel

gruppo di base che opera nel distretto sede del servizio residenziale per l'assistenza medica, nonché, attraverso di essi e secondo le necessità, agli interventi specialistici di competenza dei servizi poliambulatoriale ed ospedaliero.

2.2.3. Criteri per il dimensionamento dei servizi e per il calcolo del fabbisogno di personale

I criteri per il dimensionamento delle comunità-alloggio e delle case-protette possono partire dallo stato di fatto. Dalla allegata tabella n. 2.2.01. (sez. B - Prima valutazione del fabbisogno) si hanno i seguenti fabbisogni medi regionali:

	Posti occorrenti per 1.000 abitanti in servizi residenziali		
	comunità alloggio (solo)	comunità-alloggio con assistenza domiciliare	case-protette
MINORI	0,980	—	—
ANZIANI	1,065	0,66	0,61
OSPITI DI ISTITUTI EDUCATIVO RIABILITATIVI	—	—	0,18
OSPITI DI CENTRI DI RIABILITAZIONE	—	0,03	—
TOTALE	2,045	0,69	0,79

Tali indici forniscono valori che non si ritiene di poter adottare per una programmazione di settore, a causa dei limiti in atto, sia per la mancata attuazione della riforma assistenziale, sia per la ancora non completa ed approfondita conoscenza delle diverse problematiche.
Per tale motivo il tiennio ottobre 1982 - settembre 1985 viene individuato come una fase di avvio sperimentale nel passaggio dal sistema ad istituti, al sistema basato sui servizi residenziali per l'assistenza (comunità-alloggio e case-protette), nel corso del quale appare fondamentale escludere dall'attività di settore ogni valenza sanitaria, provvedendo a trasferire ai servizi territoriali operatori sanitari, comunque operanti in istituti (medici specialisti e di medicina generale, personale infermieristico).
Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno del personale si ha:

a. per le comunità-alloggio:
   - nessun personale è necessario per seguire le comunità-alloggio costituite da anziani, fatta salva, ove necessaria, la presenza di personale di assistenza domiciliare;
   - è necessaria la presenza di 1-2 educatori nelle comunità-alloggio costituite da minori, esclusa la presenza di personale ausiliario. In tali comunità-alloggio gli educatori assumono il ruolo della persona più anziana del nucleo familiare, compreso anche quello della gestione in senso lato della famiglia;

b. per le case-protette:
   - il personale occorrente a garantire il servizio della casa-protetta è valutabile in 1 unità ogni 3-4 ospiti, ricomprendendo in tale indice anche il personale di cucina, guardaroba, ecc.;
   - in ogni casa-protetta è opportuna la presenza di un operatore che svolga compiti di coordinamento dell'attività in particolari situazioni; non è da escludere che tali compiti siano affidati al responsabile del servizio domiciliare del distretto, atteso che il personale operante nella casa-protetta ha, di regola, le stesse caratteristiche di quello del servizio domiciliare e che non è da escludere aprioristicamente una rotazione fra assistenza domiciliare e casa-protetta.

2.2.4. Criteri di localizzazione dei servizi residenziali per l'assistenza

La dimensione del problema fa sì che i servizi residenziali per l'assistenza — per quanto attiene alle *comunità-alloggio* — debbono essere affrontati a livello di distretto. Ciò è tanto più

necessario ove si tenga presente che una certa aliquota di ospiti delle comunità richiede il supporto del servizio domiciliare, anch'esso organizzabile a livello di distretto. A livello di distretto la scelta dell'appartamento (o degli appartamenti) necessario non pare debba essere collegata ad altri vincoli che quelli dell'idoneità dell'alloggio e della sua posizione in un centro abitato.
Per quanto riguarda le *case-protette*, invece, la dimensione del problema è tale da identificarla come un servizio che può operare, di regola, a livello di USL.

2.2.5. Correlazione con altri servizi

La correlazione fondamentale tra comunità-alloggio e casa-protetta è quella che deve intercorrere tra di esse e gli operatori di distretto, che sono in grado di garantire le necessarie valenze sanitarie e, ove del caso, socio-assistenziali. Ed è attraverso gli operatori di distretto — con particolare riferimento ai medici — che viene garantito il raccordo con i diversi servizi integrativi di quelli di base.

2.2.6. Obiettivi per il triennio

a. obiettivo generale per tutti gli istituti (per minori, per anziani, educatori-riabilitativi e centri di riabilitazione) di competenza comunale, e quello di eliminare dal loro assetto organizzativo ogni carattere medico-infermieristico. Tale obiettivo può essere perseguito trasferendo ai servizi sanitari tutti gli operatori sanitari oggi in ruolo presso gli istituti. Per quanto riguarda gli istituti non di competenza comunale la loro trasformazione nel senso sopra indicato sarà promossa in sede di rinnovo delle convenzioni;
b. obiettivo particolare per le UU.SS.LL. 3, 12, 15 e 24 — e per tutte quelle che riterranno di porlo nei loro programmi — è quello di dare avvio a forme sperimentali, alternative all'istituto per minori, di comunità alloggio per minori in età scolare;
c. obiettivo particolare per le UU.SS.LL. 3, 8, 10, 11, 15, 21 e 24 è quello di dare avvio al processo di trasformazione degli istituti per anziani di maggiori dimensioni in un sistema alternativo di comunità-alloggio — e, ove del caso, anche di casa-protetta — distribuite sul territorio delle singole UU.SS.LL. e prendendo i necessari accordi con le UU.SS.LL. contermini ove si debba provvedere al rientro degli ospiti degli istituti nelle comunità di origine;
d. obiettivo particolare per l'USL 14 è quello dello studio — in accordo con il servizio programmazione della Regione Marche — di ipotesi alternative all'attuale assetto dei servizi assistenziali di tipo educativo-riabilitativo. La scelta di tale USL è determinata dal fatto che in quel territorio ha sede il più frequentato istituto di tale tipo, le cui rette sono quasi totalmente a carico degli enti pubblici marchigiani.

Gli obiettivi indicati nei punti a. b. c. saranno compiutamente definiti (nella indicazione degli istituti da chiudere o da trasformare, nella indicazione delle comunità-alloggio — con o senza assistenza domiciliare — e per le case protette da realizzare) nei programmi attuativi del Piano socio-sanitario che le UU.SS.LL. dovranno approvare.
La Regione, nella erogazione dei finanziamenti, darà la priorità a quelle UU.SS.LL. che procederanno alla realizzazione di strutture alternative, trasformando quelle esistenti.
La Regione entro i primi sei mesi del 1983 con proprio atto consiliare, dovrà articolare per ogni USL il fabbisogno dei servizi socio assistenziali (vedi tabella n. 2.2.01) e le previsioni del primo triennio.
Spetta al Comune, singolo o associato, realizzare gli obiettivi indicati.

Tabella n. 2.2.01

ELEMENTI DI RAGIONE PER IL CALCOLO DEL FABBISOGNO DI SERVIZI RESIDENZIALI PER L'ASSISTENZA (comunità-alloggio e casa protetta)

A — BASE DI PARTENZA: i servizi esistenti
istituti per anziani (1976) n. 104

a. disponibilità e presenze

	uomini	*donne*	*totale*
posti disponibili	1.364	2.780	4.144
presenze effettive	1.027	2.539	3.566
utilizzazione dei posti disponibili	75,29%	91,33%	86,05%

b. caratteristiche degli ospiti

	valori assoluti	*% sul totale di 3.566 presenze*
1. DISTINZIONE PER CONDIZIONE FISICA		
autosufficienti	2.057	57,68
semiautosufficienti	910	25,52
allettati	599	16,79
2. DISTINZIONE PER CLASSI DI ETA'		
meno di 60 anni	235	6,59
da 60 a 70 anni	672	18,84
oltre i 70 anni	2.659	74,57
3. DISTINZIONE PER PROVENIENZA		
dal comune sede dell'istituto	1.928	54,07
da comuni della prov. nel cui ambito ha sede l'istituto	1.241	34,80
da altre provincie delle Marche	214	6,00
da altre Regioni	183	5,13

c. Istituti per classi di ampiezza: utilizzazione e distinzione degli ospiti per condizioni fisiche

classi di ampiezza	*N.*	*posti disponibili*	*presenze effettive*	*% di utilizzo*	*autosufficienti*	*semiautosufficienti*	*allettati*	*% allettati su pres. eff.*
fino a 10 posti	11	81	55	67,90	35	16	4	7,27
11 — 20 posti	22	413	279	67,55	192	65	22	7,89
21 — 40 posti	39	1.144	969	84,70	573	273	123	10,75
41 — 100 posti	24	1.414	1.267	89,60	581	414	272	19,24
oltre 100 posti	7	1.092	996	91,21	676	142	178	16,30
TOTALI	103	4.141	3.566	88,18	2.057	910	599	16,80

Note: dal prospetto mancano i dati di un istituto di 54 posti del quale non sono note le caratteristiche degli ospiti

istituti per minori (1976): n.130

a. disponibilità e presenze

	in convitto	*in semiconvitto*
posti disponibili	7.510	4.260
presenze effettive	4.241	3.949
utilizzazione dei posti disponibili	56,47%	92,70%
presenze con rette a carico di enti pubblici (marchigiani e non)	1.895	300
% delle presenze a carico di enti pubblici rispetto alle presenze effettive	44,68%	7,60%
presenze con rette a carico Regione Marche, ed altri enti pubblici marchigiani	1.393	275
% delle presenze a carico enti marchigiani rispetto alle presenze effettive	32,85%	6,96%

b. caratteristiche degli ospiti

	valori assoluti	*% sul totale di 8.162 presenze*
1. DISTINZIONE PER PROVENIENZA		
dal comune sede dell'istituto	4.420	54,15
dalla provincia nel cui ambito ha sede l'istituto	1.760	21,56
da altre provincie delle Marche	770	9,43
da altre Regioni	1.212	14,85

istituti educativo-riabilitativi (1976): n.17

a. disponibilità e presenze

	in convitto	*in semiconvitto*
posti disponibili	1.111	99
presenze effettive	660	87
utilizzazione dei posti disponibili	59,41%	87,88%
presenze con rette a carico di enti pubblici (marchigiani e non)	652	71
% delle presenze a carico di enti pubblici rispetto alle presenze effettive	98,79%	81,61%
presenze con rette a carico Regione Marche, ed altri enti pubblici marchigiani	247	28
% delle presenze a carico enti marchigiani rispetto alle presenze effettive	37,43%	32,19%

b. caratteristiche degli ospiti

	valori assoluti	*% sul totale di 747 presenze*
1. DISTINZIONE PER PROVENIENZA		
dal comune sede dell'istituto	148	19,82
dalla provincia nel cui ambito ha sede l'istituto	245	32,80
da altre province delle Marche	154	20,62
da altre Regioni	200	26,78
2. DISTINZIONE PER TIPO DI PRESENTI		
normali	36	4,82
handicappati fisici	126	16,87
handicappati psichici	173	23,16
handicappati psico-fisici	412	55,16

centri di riabilitazione (1976) (*): n.6

a. disponibilità e presenze

	in convitto	*in semiconvitto*	*in ambulatorio*
posti disponibili	672	107	713
presenze effettive	669	148	508
utilizzazione dei posti disponibili	99,55%	138,32%	71,25%

b. caratteristiche degli ospiti

	valori assoluti	*% sul totale di 1.325 presenze*
1. DISTINZIONE PER PROVENIENZA		
dal comune sede dell'istituto	332	25,06
dalla provincia nel cui ambito ha sede l'istituto	544	41,06
da altre province delle Marche	111	8,38
da fuori Regione	338	25,51
2. DISTINZIONE PER TIPO DI PRESENTI		
handicappati fisici	—	—
handicappati psichici	—	—
handicappati psico-fisici	1.325	100,00

(*) comprende altre tre sedi: Fano, Novafeltria, Urbino

Tabella n. 2.2.01

B — PRIMA VALUTAZIONE DEL FABBISOGNO PER L'INTERA REGIONE

	potenziali ospiti di		
	comunità-alloggio (solo)	comunità-alloggio con assistenza domiciliare	casa protetta
convittori d'istituti per minori a carico di enti pubblici marchigiani (solo convittori)	1.354	—	—
soggetti autosufficienti	1.464 (a)	366 (b)	—
soggetti semiautosufficienti	—	553 (c)	276 (d)
soggetti allettati	—	—	573 (e)
convittori d'istituti educativo-riabilitativi a carico di enti pubblici marchigiani	—	—	247
convittori di centri di riabilitazione	—	43	—
TOTALI	2.818	962	1.096
fabbisogno di unità residenziali	564 (f)	192 (f)	37 (g)

(a) 80% del totale, esclusi gli ospiti degli istituti con meno di 20 posti;
(b) 20% del totale, esclusi gli ospiti degli istituti con meno di 20 posti;
(c) 2/3 del totale, esclusi gli ospiti di istituti con meno di 20 posti;
(d) 1/3 del totale, esclusi gli ospiti di istituti con meno di 20 posti;
(e) esclusi gli ospiti di istituti con meno di 20 posti;
(f) in media 5 ospiti;
(g) in media 30 ospiti.

C — PREVISIONE A BASE DEL TRIENNIO PER L'INTERA REGIONE

	potenziali ospiti di		
	comunità-alloggio (solo)	comunità-alloggio con assistenza domiciliare	casa protetta
convittori di istituti assistenziali per minori	135 (a)	—	—
soggetti autosufficienti	541 (b)	135 (c)	—
soggetti semiautosufficienti	—	95 (d)	47 (e)
soggetti allettati	—	—	178 (f)
TOTALI	676	230	225
fabbisogno di unità residenziali	135 (g)	46 (g)	8 (h)

(a) 10% di 1.354;
(b) 80% dei presenti negli istituti con oltre 100 posti;
(c) 20% dei presenti negli istituti con oltre 100 posti;
(d) 2/3 dei presenti negli istituti con oltre 100 posti;
(e) 1/3 dei presenti negli istituti con oltre 100 posti;
(f) gli ospiti degli istituti con oltre 100 posti;
(g) in media 5 ospiti;
(h) in media 30 ospiti.

3. SERVIZI INTEGRATIVI ZONALI (operanti a livello di USL)

3.1. SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA DELL'AMBIENTE E DELL'ALIMENTAZIONE, PREVENZIONE, IGIENE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO, EDUCAZIONE SANITARIA DELLA POPOLAZIONE E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

3.1.1. Definizione del ruolo

Il servizio di igiene e sanità pubblica dell'ambiente e dell'alimentazione, prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, educazione sanitaria della popolazione e formazione degli operatori sanitari (d'ora in avanti denominato servizio di igiene e sanità pubblica) nelle varie UU.SS.LL. rappresenta lo strumento decisivo per realizzare (cfr. art. 2 legge 833/1978):

- la formazione di una coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità;
- la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e del lavoro;
- la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale e di vita e di lavoro;
- l'igiene degli alimenti e delle bevande;
- la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico e culturale del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Al servizio di igiene e sanità pubblica compete un ruolo determinante da interpretare secondo due fasi: l'epidemiologia e la profilassi o prevenzione.

L'epidemiologia si prefigge di:

1) seguire la distribuzione spazio-temporale degli indicatori di salute e di malattia nelle popolazioni;
2) individuare, con la continua osservazione dell'ambiente di vita e di lavoro, i fattori di nocività, le modalità di azione sull'uomo, le condizioni per il loro allontanamento o la loro correzione;
3) acquisire conoscenze sulle necessità ottimali dell'organismo umano nelle sue varie età di attività;
4) acquisire dati utili ai fini della valutazione di efficacia, di efficienza e di utilizzo dei servizi sanitari.

La prevenzione si prefigge:

1) l'applicazione delle moderne tecnologie e delle conquiste della ricerca scientifica tese al miglioramento della qualità della vita ed alla lotta alle condizioni di decadimento ambientale; l'individuazione, accertamento, eliminazione o riduzione dei fattori di nocività, pericolosità, deterioramento (fattori causali o fattori di rischio) connessi con l'ambiente (di vita e di lavoro) sia fisico che sociale; la lotta ad ogni tipo di inquinamento; la razionalizzazione dell'ambiente e delle sue componenti (abitazioni, infrastrutture, trasporti, sistemi di comunicazione, meccanizzazione ed altre);
2) la modificazione in senso positivo dei comportamenti individuali (alimentazione, attività fisica, ritmi di vita, fumo ed altri) e collettivi (rapporti comunitari, orari e ritmi di lavoro, percezione ed atteggiamento verso gli stati di handicap, responsabilizzazione alla gestione dei servizi, ed altri) rilevanti nel provocare il rischio di malattia (educazione sanitaria);
3) l'individuazione, accertamento, interruzione o eliminazione di stadi evolutivi verso la malattia (ad esempio, dell'infezione in malattia mediante chemio o immunoprofilassi) o di condizioni (variabili biologiche quali pressione sanguigna, peso corporeo, ecc.: quadri ematochimici e sierologici; situazioni metaboliche; ecc.) di rischio morboso mediante indagini ed interventi sull'uomo eseguiti in forma mirata sulla base di criteri anamnestici ed epidemiologici.

3.1.2. Assetto organizzativo

Tra i compiti dell'USL di cui all'art. 14 della legge 833/1978, vanno affidati al servizio in questione:

1) l'educazione sanitaria collettiva della popolazione;
2) la prevenzione a carattere collettivo delle malattie fisiche e psichiche con particolare riferimento alle malattie infettive e parassitarie, la promozione e il coordinamento delle indagini epidemiologiche su base locale;
3) l'igiene dell'ambiente;
4) l'igiene e medicina scolastica;
5) l'igiene e medicina del lavoro nonché la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
6) l'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
7) gli accertamenti, le certificazioni e ogni altra prestazione medico-legale spettante al S.S.N. con le eccezioni di legge;
8) la formazione degli operatori sanitari, da intendere soprattutto come attività di promozione della formazione permanente con individuazione dei fabbisogni di aggiornamento ed organizzazione delle relative iniziative didattiche;
9) il coordinamento delle rilevazioni statistiche sanitarie eseguite dai distretti e da altri servizi, per le prime valutazioni epidemiologiche locali necessarie all'ufficio di direzione per la gestione dei servizi nonché ai fini della predisposizione della relazione sanitaria annuale di cui al quarto comma dell'art. 49 della legge 833/1978.

Per lo svolgimento dei compiti di cui ai punti 2, 4, 5 il servizio deve coordinarsi con quelli di medicina di base, tutela sanitaria della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva nonché con quello di assistenza sanitaria, di cui al comma terzo punti 2) e 3), art. 14 della legge regionale 24.4.1980, n. 24.

Per lo svolgimento dei compiti di cui al punto 6), il coordinamento deve effettuarsi con il servizio veterinario.

In dipendenza delle caratteristiche di ciascuna USL il servizio, che dispone di propria strumentazione di sanità pubblica, si articola, di norma, nei seguenti settori:

1) igiene e sanità pubblica;
2) igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
3) educazione sanitaria e formazione degli operatori sanitari;
4) medicina legale.

1. SETTORE IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Le leggi regionali dettano tra l'altro norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, esercitate da altri organi e disciplinano il trasferimento dei beni e del personale relativi.

Fra i compiti del settore rientrano comunque:

- raccolta, elaborazione e valutazione di dati ambientali, sanitari e di utilizzazione e funzionamento dei servizi ai fini dell'attività gestionale dell'ufficio di direzione e della trasmissione delle informazioni sullo stato sanitario della popolazione tanto ai distretti che alle altre UU.SS.LL., che all'osservatorio epidemiologico regionale;
- controllo epidemiologico delle malattie infettive, predisposizione e controllo della esecuzione dei provvedimenti necessari a seguito di denunce (indagini epidemiologiche, disinfezioni a domicilio, chemioprofilassi dei contatti, ecc.);
- controllo sulla esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e dei trattamenti immunitari di massa;
- sorveglianza sanitaria e vaccinazioni previste dal Regolamento Sanitario Internazionale.

- prevenzione sanitaria nelle collettività e controllo della salubrità degli ambienti di vita: controlli e iniziative per la salubrità dell'acqua, aria, suolo e abitato; in particolare: controlli sanitari (cfr. par. 3.1.7) e igienici nelle scuole, in ambienti culturali, ricreativi e destinati alla ospitalità, rilievi microclimatici in ambienti di vita; segnalazione di locali non in regola con le disposizioni sul divieto di fumare, sopralluoghi per inconvenienti igienici in abitazioni, ecc.;
- pareri e proposte per progetti di bonifica (impianti di depurazione, reflui di qualsiasi origine), su insediamenti abitativi anche per ristrutturazioni o modifiche, compresi gli impianti sportivi, commerciali, ricreativi, culturali (art. 20 lett. f) della legge 833/1978), la verifica, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti, della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute della popolazione e dei lavoratori interessati;
- pareri sanitari su attività commerciali, ricreative, culturali, turistiche, termali e sportive;
- predisposizione di mappe di rischio, anche in collaborazione con altri servizi competenti;
- controllo di bevande e alimenti per l'alimentazione umana, compresi gli alimenti dietetici e per l'infanzia, inteso come:
  a) controllo degli alimenti, delle strutture e delle apparecchiature dove avviene la produzione, manipolazione, vendita e consumo degli alimenti e bevande;
  b) controllo diretto degli alimenti e bevande, compresi gli imballaggi;
  c) ispezione agli esercizi di generi alimentari, prelievo di campioni, prime analisi elementari, controllo dei libretti sanitari degli addetti;
- controllo della produzione, manipolazione, vendita di cosmetici;
- controllo e vigilanza sui gas tossici, sulle radiazioni ionizzanti, sui fitofarmaci e sui presidi sanitari, sulle derrate alimentari immagazzinate, secondo disposizioni legislative;
- tutela sanitaria dell'attività sportiva.

2. SETTORE IGIENE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

I comiti, nel settore di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, ivi comprese le funzioni dell'ENPI, dell'ANCC e dell'Ispettorato del lavoro trasferite alle UU.SS.LL. dal 1° luglio 1982, sono volti all'organizzazione ed al coordinamento degli interventi preventivi, ispettivi, di controllo e di prescrizione, ai fini della più ampia conoscenza e tempestiva eliminazione dei fattori di rischio, di nocività e di pericolosità esistenti negli ambiti di lavoro e per impedirne la propagazione sul territorio e tra la popolazione.

L'azione pubblica svolta nel settore igiene e sicurezza, fermi restando gli obblighi del datore di lavoro ai sensi della normativa vigente, deve in particolare essere rivolta:

a) all'individuazione, all'accertamento ed al controllo dei fattori di rischio, di deterioramento, di nocività e di pericolosità negli ambienti di lavoro ed alla sorveglianza sullo stato di salute degli adetti esposti a rischio in tutte le unità produttive delle singole aziende, anche mediante censimento delle aziende e/o delle singole unità produttive, ai fini della loro classificazione e della predisposizione di mappe di rischio, con l'obbligo per le aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo e le loro caratteristiche tossicologiche nonché i possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente;
b) allo svolgimento di indagini finalizzate all'accertamento delle cause di nocività ed all'individuazione degli strumenti e dei modi di rimozione delle nocività presenti nei singoli settori, aziende ed unità produttive;
c) alla comunicazione dei dati accertati e alla diffusione della loro conoscenza a livello dei luoghi di lavoro e degli interessati;
d) all'impostazione, alla gestione di strumenti informativi e all'acquisizione di dati epidemiologici mirati alla tutela della salute dei lavoratori;
e) alla promozione di idonee iniziative nel campo dell'educazione sanitaria, della formazione

e dell'informazione di operatori e di lavoratori interessati, anche con l'apporto delle università e di istituti pubblici e privati di ricerca, garantendo la più ampia e capillare diffusione delle conoscenze sui temi della nocività ambientale e delle patologie professionali;

f) all'adozione delle misure idonee a prevenire l'insorgenza degli eventi morbosi;

g) alla formulazione di pareri preventivi sui progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere, nonché sulla ristrutturazione degli stessi, al fine di accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente interno e la difesa della salute dei lavoratori;

h) alla determinazione delle prescrizioni e delle misure atte ad eliminare i fattori di rischio ed a risanare gli ambienti di lavoro;

i) alla sorveglianza, al coordinamento unitario e alla razionalizzazione di tutti gli accertamenti sanitari previsti dalla normativa vigente, in relazione alla materia in oggetto;

l) a garantire ai lavoratori, per l'esercizio dei diritti sanciti dall'art. 9 della legge 20.5.1970, n. 300, le necessarie strutture tecniche ed operative.

3. SETTORE EDUCAZIONE SANITARIA DELLA POPOLAZIONE E FORMAZIONE PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI SANITARI

L'educazione sanitaria è un compito che deve essere assolto da tutti i servizi e da tutti gli operatori dell'USL. L'attività specifica di questo settore deve essere rivolta al coordinamento delle iniziative intraprese e ad un'opera di promozione e di sensibilizzazione dei cittadini attraverso l'organizzazione di campagne a carattere collettivo con l'utilizzo di films, trasmissioni radio e TV locali, pubblicazioni ecc.

L'educazione sanitaria in un distretto, per limitare una causa di morbosità, non deve avere solo carattere informativo, ma anche di partecipazione dei cittadini in modo da cogliere il loro concetto di salute ed indirizzarlo nelle prime forme di intervento, per l'attenuazione o l'eliminazione delle cause che sono all'origine della malattia. L'elemento costante di ogni tipo di educazione infatti è la socializzazione dei risultati per ottenere:

1) la condizione fondamentale per un intervento autenticamente partecipato e per quell'azione promozionale e culturale che dovrà portare alla crescita della coscienza collettiva in tema di salute;

2) la messa a punto di un programma di intervento, tendente a coinvolgere i livelli politico-amministrativi, per la promozione della salute e l'abbattimento dei fattori di rischio insiti nell'ambiente fisico, biologico, sociale.

Il distretto, la scuola, gli ambienti di lavoro, sono gli ambiti ove prioritariamente si svolge l'opera di educazione sanitaria.

Il settore svolge in particolare, i seguenti compiti:

— predisposizione ed attuazione di programmi per interventi educativi sanitari rivolti all'intera collettività o a gruppi particolari;

— promozione della partecipazione degli utenti, anche a servizi di vigilanza, mediante la socializzazione e discussione di dati già acquisiti;

— divulgazione alle singole componenti della collettività dell'informazione, sia per quanto attiene alle conoscenze di carattere generale, sia al funzionamento, alle caratteristiche, agli atti e alle competenze dei servizi o degli organi istituzionali politici ed amministrativi;

— promozione, a scadenze periodiche di incontri fra operatori, amministratori ed utenti;

— promozione del processo di formazione permanente degli operatori sanitari e supporti tecnici per la definizione da parte degli operatori stessi delle esigenze prioritarie e per colmare le lacune che più pesantemente incidono sull'efficienza del servizio; collaborazione alla precisazione degli obiettivi pedagogici; predisposizione ed organizzazione degli interventi in collaborazione con esperti delle diverse discipline e con l'impiego delle tecniche, strumenti e sistemi di valutazione più adeguati.

4. SETTORE DI MEDICINA LEGALE

E' opportuno premettere che compiti della medicina legale sono i rapporti tra la persona umana, psichica e fisica, e l'ordinamento giuridico-sociale; le conoscenze biologiche relative all'uomo per l'adeguamento ad esse delle norme del diritto; la valutazione pratica di situazioni biologiche di interesse giuridico. Essa abbraccia nella sua attività il diritto pubblico e privato, il diritto canonico, il settore previdenziale-assicurativo e della sicurezza sociale ed è disciplinata dagli artt. 9 e 10 della legge regionale 3.3.1982, n. 7.
Premesso che ogni atto di medicina pubblica ha un risvolto o delle implicazioni legali, il settore ricomprende, a titolo esemplificativo, anche le attività realtive a:

- istruttoria per le valutazioni in materia di previdenza sociale: invalidità pensionabile, assegni familiari, riversibilità, ecc.;
- istruttoria per le valutazioni del danno da infortunio e da malattia professionale e per le rendite ai superstiti;
- assistenza medico-legale per le vertenze tra struttura sanitaria, assistiti ed enti;
- istruttoria per la valutazione della invalidità civile e per le circostanze della valutazione obbligatoria;
- istruttoria per la valutazione di particolari categorie di invalidi (ciechi, sordomuti, motulesi, ecc.);
- valutazioni medico-legali relative ai programmi riabilitativi;
- accertamenti di idoneità alla guida dei minorati fisici;
- valutazioni in ricorso contro gli accertamenti medico-legali a livello di poliambulatorio;
- accertamenti in tema di dipendenza da cause di servizio e di pensionistica civile;
- altri accertamenti, già del medico provinciale;
- consulenze medico-legali richieste dalle strutture sanitarie, ivi comprese quelle relative al prelievo e trapianto di organi;
- consulenza medico-legale, a richiesta, del danno da responsabilità civile nell'ambito della assicurazione obbligatoria;
- servizio obitoriale per fini di giustizia;
- raccolta dati.

Una parte non trascurabile dell'attività di medicina legale è di competenza del medico di base (cfr. tabella n. 4.01).
Molte di queste attività vanno svolte in stretta correlazione con gli altri servizi dell'USL con particolare riferimento a servizi specialistici poliambulatoriali, ospedalieri, di igiene ambientale, ecc.
Il settore medico legale si collega con il servizio di base al quale fornisce informazioni circa gli obblighi che gli competono, anche a scopo di aggiornamento.
Per le UU.SS.LL. in genere è sufficiente prevedere in questa fase un medico legale, con l'ausilio di una assistente sanitaria o di un infermiere professionale.
Per USL con popolazione superiore a 80.000 abitanti o con particolari situazioni tale organico si raddoppia.
Considerata la vastità e complessità della materia e i risvolti anche di natura penale che la stessa può determinare, la Regione provvederà a disciplinare la materia con apposito provvedimento legislativo.

Tabella n. 4.01.

COMPITI MEDICO-LEGALI DEL MEDICO DI BASE

(attività che compete al medico generico)

1) Denuncia malattie infettive e contagiose
2) Denuncia delle vaccinazioni obbligatorie
3) Denuncia vaccinazioni obbligatorie per alcune categorie di lavoratori
4) Rapporto dell'autorità giudiziaria per i delitti perseguibili di ufficio
5) Certificazione di malattia per inabilità al lavoro per l'indennità di malattia
6) Certificati dello stato di gravidanza per l'indennità economica e della data presunta del parto
7) Certificati di guarigione e di idoneità alla ripresa lavorativa
8) Certificato di assistenza al parto
9) Certificato di malattia dell'infanzia per l'assenza dal lavoro del genitore
10) Certificato di malattia per gli scolari
11) Certificato di guarigione per la ripresa della frequenza scolastica
12) Certificato di sana e robusta costituzione
13) Denuncia di infortuni e malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura
14) Certificazione di inabilità temporanea per gli infortuni e le malattie professionali
15) Certificato di guarigione da infortuni e malattie professionali
16) Certificazione con valutazione di postumi conseguenti a infortuni e malattie professionali
17) Relazione clinica e medico-legale per pensione di invalidità, assegni familiari per figli inabili, fratelli inabili a carico, genitori invalidi, pensione di reversibilità per invalidi
18) Certificato di recuperata capacità lavorativa per lavoratore ammalato rimasto disoccupato per l'indennità
19) Certificati di malattia per militari in licenza
20) Certificati per l'interruzione volontaria di gravidanza
21) Certificazioni di lesioni personali
22) Certificati in tema di sessuologia, di interesse civile, penale (delitti sessuali), canonistica (matrimonialità)
23) Denuncia delle cause di morte
24) Segnalazioni dei tossico-dipendenti
25) Denuncia degli infanti deformi
26) Denuncia dei neonati immaturi
27) Denuncia delle lesioni invalidanti
28) Denuncia delle malattie di interesse sociale
29) Denuncia di intossicazione da anticrittogamici
30) Denuncia delle malattie veneree
31) Dichiarazione delle nascite
32) Dichiarazione di morte
33) Esami esterni del cadavere con costatazione del decesso
34) Visita per rilascio del libretto di lavoro
35) Certificazione, con visita periodica dei lavoratori esposti a rischi particolari nell'industria e nell'agricoltura
36) Certificazioni per l'istruttoria delle pratiche previdenziali
37) Certificazione per cure termali e climatiche
38) Certificazione per elettori impediti

3.1.3. Modalità operative

La suddivisione in settori è imposta dalla specificità degli interventi ma il personale appartiene al servizio in toto e non ai settori. Per il raggiungimento di priorità che appartengono a settori diversi è necessario che il gruppo di lavoro abbia carattere interdisciplinare (un'indagine sull'ambiente effettuata in un distretto deve comprendere gli stabilimenti che di esso fanno parte, come l'educazione sanitaria della popolazione deve avere un particolare riferimento alla problematica dei rischi e della patologia da lavoro).
Deve essere previsto un organico unico, pur se i settori sono diversi, proprio per ribadire il carattere interdisciplinare del servizio che ha come suo connotato peculiare la mobilità nel territorio.
Il settore svolge la propria attività anche mediante interventi integrati con quelli degli altri servizi e presidi dell'USL. Esso agisce, di norma, col metodo del lavoro di gruppo a mezzo di equipes dotate delle idonee competenze professionali e degli opportuni mezzi strumentali per svolgere indagini ed accertamenti, sia sull'uomo che sull'ambiente. L'attività di vigilanza e di controllo igienico-sanitario ha per oggetto le situazioni demografiche e le condizioni di salute della popolazione afferente, nonché lo stato dell'ambiente naturale fisico e sociale.
Il comitato di gestione dell'USL, nel rispetto delle norme contenute nel D.P.R. 20.12.1979, n. 761, individua nell'ambito del servizio il personale da adibire alle attività ispettive, di vigilanza e di controllo in materia di igiene e sanità pubblica secondo le modalità di cui all'art. 6 della legge regionale 3.3.1982, n. 7.
I gruppi operativi del servizio di igiene e sanità pubblica hanno come caratteristica peculiare la mobilità sul territorio.
Per lo svolgimento di attività complesse o specialistiche che non possono essere eseguite a livello zonale, i servizi di igiene e sanità pubblica utilizzano le strutture dei presidi e dei servizi sanitari e di prevenzione individuate come multizonali.
L'attività di prevenzione, di igiene e di sicurezza nei luoghi di lavoro viene programmata in modo da determinare, con l'ausilio delle mappe di rischio, dei dati e delle informazioni acquisite, la priorità degli interventi per settori produttivi e per aree territoriali, assunte, se del caso, le valutazioni delle organizzazioni territoriali dei lavoratori e dei datori di lavoro e delle altre formazioni sociali interessate.
Il metodo di lavoro adottato deve tener conto delle esperienze e delle conoscenze acquisite dai lavoratori sui diversi fattori di rischio e di nocività presenti negli ambienti di lavoro.
In attesa dell'emanazione del decreto del Ministro della sanità previsto dall'art. 27 della legge 833/1978, la giunta regionale, al fine di garantire uniformità sul proprio territorio e fatti salvi gli adeguamenti che si renderanno necessari in relazione all'applicazione del decreto stesso, provvede alla formulazione di una modulistica provvisoria.
L'USL promuove l'adozione nelle aziende del registro dei dati ambientali, del registro dei dati biostatistici e degli infortuni, della cartella personale sanitaria, nel rispetto di quanto disposto dal predetto art. 27, secondo comma, legge 833/1978 e della scheda di rischio lavorativo; sovraintende alla compilazione, all'aggiornamento degli stessi ed acquisisce le notizie in essi contenute.
L'USL provvede alla compilazione di apposite schede dei rischi lavorativi di cui una copia è consegnata al lavoratore, allo scopo di renderne edotti il proprio medico curante e gli altri servizi delle unità sanitarie locali.
Le unità sanitarie locali, in relazione ai piani finalizzati di rilevazione epidemiologica, tengono registri di soggetti esposti a particolari rischi i cui dati sono rilevati tramite gli strumenti informativi di cui sopra o attraverso accertamenti sanitari eseguiti a cura delle stesse.

3.1.4. Figure professionali richieste

Premesso che per lo svolgimento dei compiti ad esso affidati il servizio di cui trattasi deve agire in stretto collegamento con le équipes di base dei distretti e disporre funzionalmente

degli operatori ambientali (ex vigili sanitari, ora personale di vigilanza ed spezione in base al D.P.R. 761/1979), le figure professionali previste, di regola, per i diversi settori di attività sono le seguenti:

- medici ed, in particolare, specialisti in igiene, medicina preventiva e in medicina del lavoro e in medicina legale;
- biologi e chimici, con particolare competenza nel campo dell'igiene ambientale;
- personale infermieristico; assistenti sanitari;
- personale tecnico sanitario; operatori ambientali; periti chimici, ecc.;
- assistenti tecnici (geometri);
- agenti tecnici (disinfettori, ausiliari, operai);
- personale amministrativo.

3.1.5 Criteri di dimensionamento e calcolo del fabbisogno di personale

Come già anticipato, *le funzioni tecniche di esercizio* del servizio di igiene e sanità pubblica (quelle di *governo* sono esercitate dai vari livelli del potere locale; comuni e loro associazioni) vengono distribuite, per aderire a criteri di economia di scala e di razionalizzazione degli interventi, in funzioni eseguibili a livello di USL (o di 1° livello) e funzioni eseguibili più convenientemente a livello multizonale (di 2° o 3° livello regionale).
Le funzioni di 1° livello hanno come scopo quello di effettuare la vigilanza e l'indagine-spia sul territorio a salvaguardia dell'ambiente di vita e di lavoro e di tutela della salute umana mediante l'uso di apparecchi portatili, tests immediati e rapidi e, se del caso, avvio di campioni ai laboratori di sanità pubblica per indagini di controllo crociato o più complesse.
Detta vigilanza igienico-sanitaria si occupa dell'ambiente, delle lavorazioni industriali, della raccolta di dati sommari sulla nocività delle sostanze usate nelle industrie e negli opifici; si occupa di acque potabili con il prelievo di campioni per ogni gruppo di acquedotti ed invio periodico di campioni al laboratorio.
Nell'ambito del 1° livello si può individuare una parte di lavoro che sarà *comune* a tutte le USL ed una parte *differenziata*, per territorio, a seconda del tipo di concentrazione, industriale o agricola.
Per quanto riguarda la parte comune a tutte le UU.SS.LL. si possono individuare i campi di lavoro:

1) *ACQUE POTABILI:* catalogo di tutte le sorgenti e pozzi, utilizzati e non, tenendo conto delle opere di captazione, delle ubicazioni delle aree, della vicinanza di eventuali punti inquinanti, della rete di distribuzione con riguardo alla rete fognaria, delle caratteristiche organolettiche in rapporto alle caratteristiche metereologiche; conseguenti controlli sommari riguardanti la salinità globale, il pH, la durezza, l'ammoniaca, i nitrati, i nitriti, i clorurì, il cloro libero, la determinazione, quale indice di inquinamento batteriologico, della colimetria. Si può giungere alla compilazione di schede tipo per ogni acquedotto, considerando anche le segnalazioni degli utenti.
2) *SCARICHI DOMESTICI* (sia fognanti, sia di condotte private isolate): oltre alla vigilanza sulla interazione nei confronti delle condutture o dislocazioni di acque potabili, è opportuno un censimento della rete di scarico con le modalità di smaltimento e di funzionamento degli impianti di depurazione con riguardo allo smaltimento dei fanghi.
   I controlli riferiti a questo tipo di scarico possono interessare l'odore e il colore con variazioni che possono essere attribuite ad immissioni di tipo industriale risalendo nel caso all'insediamento che può averla causata. Ove fossero individuate le caratteristiche dei reflui derivanti da insediamenti industriali, possono essere valutati sul campione alcuni parametri tipici chiaramente variabili da luogo a luogo e nel contempo può essere fatto regolare prelievo per l'inoltro al laboratorio di sanità pubblica. Nel caso esistano gli impianti di depurazione consortili può essere effettuata una determinazione sommaria riferita ad ammoniaca, nitriti, nitrati, a sostanze organiche e solidi sedimentabili.

3) *IGIENE DELL'ABITATO, DELLE SCUOLE E LUOGHI PUBBLICI:* controllo del microclima e delle condizioni igienico-sanitarie (umidità, luce, rumorosità e servizi igienici) mirate anche al rilascio di autorizzazioni sanitarie di abitabilità.
4) *ALIMENTI:* vigilanza igienico-sanitaria:
   - sui locali, sugli alimenti (conservazione, scadenze, ecc.);
   - sui mercati, sulle centrali del latte, e sulle altre industrie alimentari di prodotti di origine non animale, presenti sul posto;
   - sull'uomo (negli opifici, industrie alimentari, scuole e comunità varie) come fonte di inquinamento ambientale, con prelievo di campioni da inviare al laboratorio di sanità pubblica per controlli batteriologici e sierologici di malattie infettive e parassitarie;
   - sull'ambiente con interventi di disinfezione e disinfestazione, ogni qual volta se ne presenti la necessità.

Per la parte differenziata si possono individuare: industrie, agricoltura, turismo.

INDUSTRIE: controlli di microclima (polveri, umidità, rumorosità, temperatura, ecc.), vigilanza e catalogazione dei prodotti usati e dei cicli produttivi, eventuali loro variazioni, ubicazione degli insediamenti, esami sulle autorizzazioni allo scarico delle acque e dei fanghi e rispetto delle eventuali prescrizioni ivi contenute; segnalazioni e schedatura dei fumi con l'osservazione sull'orientamento prevalente dei venti; controllo dei consumi di acqua nei casi di utilizzazione di pozzi privati; oltre al microclima possono essere effettuati particolari controlli, diversi da caso a caso a seconda delle attività prevalenti, e che potranno essere concretizzati successivamente alla raccolta ed alla compilazione, in dipendenza del ciclo produttivo, di eventuali campionamenti di acque di scarico da inviare al laboratorio di sanità pubblica con il quale affrontare i vari problemi.

AGRICOLTURA: vigilanza sulla concreta utilizzazione di concimi ed antiparassitari in genere e sulle prescrizioni per i vari territori, nel rispetto delle falde acquifere o acque superficiali; vigilanza sul corretto smaltimento dei liquami zootecnici sul territorio; vigilanza sulle modalità di trasporto delle derrate alimentari; eventuale campionamento di terreni, di fertilizzanti, di pesticidi e di liquami zootecnici per controlli batteriologici da inviare al laboratorio di sanità pubblica.

TURISMO: vigilanza sul territorio, in riferimento al suo rispetto ecologico (piante, escavazione, funghi, tartufi, fiori soggetti a protezione); controllo di piscine, laghi e corsi d'acqua adibiti ad attività ricreative con vigilanza, nel caso del mare, del rispetto delle prescrizioni per la balneazione e per la pesca; segnalazioni di eventuali collegamenti fra turismo, allevamenti bestiame, opifici, insediamenti industriali.

Il servizio di igiene e sanità pubblica e dotato di un supporto tecnico e strumentale per l'esecuzione di rilevazioni ed analisi di contenuto tecnico meno complesse. Infatti per le indagini piu sofisticate e per consulenze specialistiche approfondite il servizio deve fare riferimento ai servizi multizonali di prevenzione e cioè ai *Laboratori di Sanità Pubblica* (cfr. cap. 4.1).

Per la collocazione della strumentazione tecnica devono essere previste almeno 2/3 stanze dotate di un minimo di attivazione analitica (lavandini, cappa aspiratrice, banco, ecc.).

La dotazione in apparecchiature dovrà prevedere come minimo: stazione metereologica, apparecchi per microclima (termometro, igrometro, anemometro); pompa a mano per dosaggi dell'aria, fonometro, luxmetro, misuratore di ossigeno disciolto, cassette portatili per usuali parametri chimici ed elettrodi a ione selettivo, conduttimetro, clorometro, polverimetro, campionatore analitico, misuratore di portata per acque correnti, apparecchio di filtrazione e termostato per colimetria, vetreria da laboratorio.

Per particolari esigenze dovute al tipo di sviluppo territoriale necessitano apparecchiature differenti; in ogni caso l'acquisizione di un'apparecchiatura complessa deve essere giustificata dal suo pieno e frequente utilizzo: in caso contrario deve farsi ricorso al laboratorio di sanità pubblica.

Nel calcolo del fabbisogno del personale per il servizio di igiene e sanità pubblica nelle condizioni ambientali e socio-economiche della nostra regione devono essere adottati criteri

che tengano conto contemporaneamente del parametro demografico, di quello geo-morfologico, degli insediamenti produttivi comprese le attività turistiche.
Si suggerisce la seguente parametrazione da confrontare con le specifiche esigenze locali:
USL con popolazione inferiore a 50.000 ab.

2-3 medici, di cui 1 medico del lavoro
2 laureati (biologi, chimici) esperti in tecniche di igiene ambientale
2 assistenti sanitari o infermieri professionali per distretto (cfr. parte I, par. 1.5)
2-3 tecnici ambientali o periti chimici
1 ispettore di igiene per distretto (cfr. parte 2, par. 1.5)
1 assistente tecnico (geometra)
1-2 agenti tecnici (disinfettori, operai)
2-3 funzionari amministrativi

USL con popolazione superiore a 50.000 ab.
4-6 medici di cui 1 medico del lavoro
2-3 laureati (biologi, chimici) esperti in tecniche di igiene ambientale
2 assistenti sanitari o infermieri professionali per distretto (cfr. parte I, par. 1.5)
4-6 tecnici ambientali o periti chimici
2 ispettori di igiene per distretto (cfr. parte I, par. 1.5)
2 assistenti tecnici (geometra)
2-4 agenti tecnici (disinfettori, operai)
3-4 funzionari amministrativi

3.1.6. Criteri di localizzazione

La situazione ottimale si presenta quando coincidono la sede del servizio di igiene e sanità pubblica e il livello di governo comunale, sede dell'autorità sanitaria (il sindaco) di cui il servizio è l'organo tecnico naturale.
Occorre ricordare che spetta ai comuni: predisporre ed approvare i piani regolatori; programmare ed attivare le opere pubbliche, gli interventi nella vita organizzativa della comunità, nel lavoro, nello svago, nelle condizioni ambientali, sul traffico, ecc.
E' indispensabile, dunque, che si creino stretti collegamenti fra comune e USL: collegamenti che comunque il sindaco, sia come ufficiale di governo che come capo dell'amministrazione locale, deve già ricercare e che deve realizzare con scambi frequenti e proficui, improntati a piena collaborazione.
La caratteristica pluricomunale delle 24 UU.SS.LL. marchigiane può indurre ad affidare determinate funzioni a grossi distretti; è opportuno però che nel periodo di validità del presente piano si realizzi il primo nucleo del servizio nel comune capofila: eventuali decentramenti potranno essere realizzati in epoca successiva.

3.1.7. Correlazione con altri servizi

E' già stata sottolineata l'importanza del coordinamento del servizio con le équipes di base e della dipendenza funzionale degli operatori professionali (ex vigili sanitari) e delle assistenti sanitarie del servizio stesso.
Per quanto concerne gli interventi nel campo della prevenzione di massa, dell'igiene e medicina scolastica e sportiva e dell'igiene e medicina del lavoro il servizio intrattiene rapporti con il servizio di medicina di base, tutela della maternità, infanzia ed età evolutiva in modo da ipotizzare la costituzione di un dipartimento come strumento di integrazione funzionale che riconosce quali atti preliminari dei suoi interventi la programmazione e la pianificazione.
Sempre per la suddetta funzione il servizio deve pure avvalersi dei servizi specialistici poliambulatoriali ed ospedalieri.
Infatti, all'interno degli asili nido e delle scuole, il servizio — oltre a provvedere direttamente agli interventi di controllo ambientale (strutture, personale, refezioni, ecc.) e di educazione sanitaria (carie dentale, alimentazione, educazione sessuale, ecc.) tramite l'azione prioritaria su

genitori e insegnanti — organizza l'intervento dei servizi di medicina di base e specialisti per:
- controlli auxologici;
- esecuzione di indagini periodiche (es. urine; controllo pressione arteriosa; TAS e tampone faringeo per la ricerca dello streptococco beta-emolitico; proteinemia e beta-lipoproteinemia ovvero glicemia miratamente in soggetti a rischio: obesi e ipertesi, glicosurici);
- dépistage per paramorfismi: difetti visivi e auditivi; portatori di parassiti intestinali; portatori di trait microcitemico, di stato eterozigote di fibrosi cistica (test del sudore);
- controllo dei denti (carie, disodontiasi, ecc.);
- vaccinazione antirosolia, ecc..

Per quanto attiene gli ambienti di lavoro, il servizio organizza tutti i necessari interventi per quanto concerne:
- l'anamnesi (sanitaria e lavorativa) l'eventuale visita medica, il prelievo di campioni biologici, gli esami strumentali semplici, l'inoltro ai presidi specialistici se necessario;
- la compilazione ed l'aggiornamento del libretto sanitario personale di rischio per la parte di sua competenza;
- la partecipazione alla esecuzione di indagini epidemiologiche;
- l'educazione sanitaria sui problemi specifici delle nocività ambientali e dello stato di salute dei lavoratori;
- il controllo e la verifica degli accertamenti sanitari periodici previsti dalla legislazione vigente.

Tali attività vengono svolte con l'intervento diretto del servizio di medicina di base tenuto conto che è comune esperienza che l'esito degli interventi in ambienti di lavoro è tanto più favorevole quanto più ampio è lo spazio lasciato agli operatori di base e quanto più le strutture tecniche specializzate si limitano agli interventi più complessi.

La regolamentazione dei rapporti con il servizio veterinario deve evitare l'inutile ripetizione di sopraluoghi e controlli nei settori di comune competenza e permettere la migliore utilizzazione del personale deputato alla vigilanza.

Il rapporto del servizio con il laboratorio di sanità pubblica competente per territorio è di stretta integrazione funzionale quanto mai necessaria soprattutto nella fase di attivazione dei servizi di igiene e sanità pubblica nelle molte UU.SS.LL. che ne sono totalmente sprovviste.

Ciò premesso, l'intervento dei servizi multizonali può avvenire su richiesta del servizio di USL ovvero può essere preordinato nell'ambito dei programmi concordati con le UU.SS.LL.

La ricerca di una maggiore integrazione possibile fra i livelli zonali e multizonali deve consentire un processo di qualificazione globale ed il perseguimento di alcuni obiettivi prioritari quali, ad esempio:
- la predisposizione di una mappa territoriale dei rischi;
- l'elaborazione di criteri uniformi di valutazione di idoneità degli ambienti e degli impianti (fondamentale a tal proposito sarà la redazione di un modello di regolamento locale di igiene);
- la proposta di aggiornamento della normativa in materia di igiene ambientale, prevenzione degli infortuni sul lavoro, delle malattie dal lavoro, ecc.;
- l'adozione di modelli uniformi per la raccolta di dati individuali ed ambientali;
- l'adozione di metodiche comuni a tutti i servizi;
- la promozione e lo svolgimento di ricerche epidemiologiche sui problemi della tutela della salute e la successiva socializzazione dei risultati;
- la propaganda contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- le procedure per i controlli preventivi sui nuovi insediamenti produttivi;
- la costituzione di centri di studio e di documentazione, in collaborazione con gli istituti universitari.

L'integrazione tra il servizio di USL e il laboratorio di sanità pubblica multizonale si sostanzia anche in periodi di tirocinio pratico che il personale dei servizi zonali deve compiere presso quelli di 2° livello.

Per la tutela sanitaria della pratica sportiva il servizio (settore igiene e sanità pubblica), oltre a provvedere agli interventi di educazione motoria e sportiva, coordina ed organizza tutti i necessari interventi da eseguire da parte del servizio di medicina di base ed eventualmente di quelli specialistici per:

a) accertamento e certificazioni di idoneità generica alle attività fisico-sportive svolte nell'ambito scolastico;
b) accertamento e certificazioni di idoneità generica per gli aderenti ad associazioni o società sportive che praticano o intendono praticare attività sportivo-ricreativa non agonistiche;
c) accertamenti iniziali e periodici finalizzati al rilascio della certificazione di idoneità specifica per coloro che partecipano alle fasi finali nazionali dei giochi della gioventù e per coloro che praticano o intendono praticare attività sportive agonistiche ad ogni livello nell'ambito delle federazioni affiliate al CONI o di altre organizzazioni riconosciute dal CONI;
d) vaccinazione abilitativa per lo svolgimento di attività sportive previste dalla legge 5.3.1963, n. 293, e successive modificazioni;
e) organizzazione degli interventi antidoping fino alla emanazione della nuova legislazione;
f) organizzazione degli interventi diretti alla riabilitazione, relativamente ai traumi di varia natura subiti dai praticanti sportivi nel corso di svolgimento delle attività, stabilendo le specifiche terapie e autorizzando gli atleti a sottoporsi alle stesse presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate.

Al fine del rilascio delle certificazioni, in caso di dubbio nell'idoneità del soggetto, spetta al medico generico o pediatra stabilire e richiedere i necessari accertamenti da parte di strutture specifiche dell'USL.

Per il primo triennio le prestazioni previste al punto c) sono erogate dalle seguenti USL, anche al servizio delle altre a fianco indicate:

USL — 3: 1
USL — 4: 6/7
USL — 5: 2
USL — 8
USL — 10
USL — 11
USL — 12: 9/13
USL — 15: 18/19/20
USL — 16: 14
USL — 21: 17
USL — 22
USL — 24: 23

Le certificazioni previste al punto c) sono rilasciate:

— dai medici specialisti o dai medici diplomati in medicina dello sport ai sensi della legge 26 ottobre 1971, n. 1099, a ciò preposti, dipendenti o convenzionati con le USL;
— dal personale sanitario dei centri di medicina dello sport che richieda di continuare a prestare la propria attività nei predetti centri e sia in possesso dei requisiti per essere convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 23.12.1978, n. 833.

Dette prestazioni vanno redatte in conformità al D.M. 18.2.1982.

A livello regionale viene costituita la commissione regionale competente per l'esame di ricorsi presentati dagli interessati per certificazioni con esito negativo alla pratica sportiva agonistica di cui all'art. 6 (terzo comma) del D.M. 18.2.1982.

3.1.8. Obiettivi del triennio

Nel triennio di validità del piano:

1) si deve procedere al riordino delle limitate strutture esistenti ed all'organizzazione dei momenti direzionali ed operativi con particolare riferimento alla funzione di raccolta, elaborazione e valutazione dei dati;

2) si deve procedere alla costituzione in tutte le UU.SS.LL. del servizio di igiene e sanità pubblica mediante il trasferimento e la fusione degli attuali uffici comunali di igiene e con l'utilizzo di quel personale che già esercitava funzioni di base (vigili sanitari, disinfettori, operai qualificati).

   Nelle UU.SS.LL. ove esiste un solo ufficio di igiene, questo comincerà ad operare per l'intero territorio; nelle UU.SS.LL. ove non esiste alcun ufficio il servizio sarà costituito con unità specificatamente assunte;

3) ogni servizio, accanto alle funzioni istituzionali, da svolgere con il contributo più o meno ampio ed, in qualche caso, praticamente vicariante (cfr. tab. 3.1.8.) del laboratorio multizonale, deve procedere alla rilevazione dei dati necessari per formulare, entro tempi brevi, propri programmi operativi e per quantificare con precisione le esigenze in personale e attrezzature;

4) in ogni caso devono essere raggiunte entro il triennio, le dotazioni minime di personale per le UU.SS.LL. indicate nella tabella 3.1.8. Le unità di personale previste per le USL nelle quali in un primo momento si svolgono azioni sostitutive (i laboratori multizonali di sanità pubblica) devono in ogni caso essere attivate o mediante assunzione e comando presso il laboratorio di sanità pubblica di riferimento per un periodo di addestramento iniziale *ovvero* mediante la creazione di appositi corsi o borse di studio da usufruire presso i laboratori multizonali, gli istituti universitari, ecc. e scaglionamento nel tempo delle relative assunzioni. Il medesimo criterio può essere adottato anche per altre figure professionali oltre quelle indicate.

Il numero complessivo di tali unità è riportato entro parentesi nella tab. 4.1.0.3. ove sono indicati gli organici orientativi per i laboratori multizonali di sanità pubblica.

   A completare tale dotazione di personale confluirà, sulla base della normativa in corso di applicazione, il personale dell'E.N.P.I., dell'A.N.C.C. e dell'Ispettorato del Lavoro con compiti ispettivi relativi alla sicurezza ed all'impiantistica. A taluni operatori, su proposta del presidente della giunta regionale, il prefetto attribuirà la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria ed agli stessi saranno estesi i poteri di accesso e di diffida di cui agli articoli 8 e 9 del D.P.R. 19.3.1955, n. 520;

5) in ogni USL va attivata la dotazione strumentale necessaria per la cui scelta è opportuno un raccordo con il laboratorio di sanità pubblica competente per territorio;

6) si deve costituire in ogni USL un centro di documentazione e di distribuzione di materiale bibliografico per l'educazione sanitaria e l'aggiornamento degli operatori.

Tabella n. 3.1.8

DOTAZIONE MINIMA DI PERSONALE PER SINGOLA USL: obiettivo per il triennio

USL		*medici (*)*	*ass. san. (*)*	*operatore prof.le 1ª cat.*	*laureato per E.S. e F.P. (..)*	*biologi/ chimici*	*tecnici amb./ periti chimici*	*ass. tecn. (geometra)*	*agenti tec. (disinfett./ operai)*
n.	ab.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
1	ca. 17.000	2	(.)	(.)	1	funzione vicaria del servizio multizonale di PS			
2	ca. 19.500	2	(.)	(.)	1	funzione vicaria del servizio multizonale di PS			
3	ca. 116.000	4	(.)	(.)	1	3	5	1	5
4	ca. 74.000	3	(.)	(.)	1	funzione vicaria del servizio multizonale di PS			
5	ca. 39.500	2	(.)	(.)	1	funzione vicaria del servizio multizonale di PS			
6	ca. 32.500	2	(.)	(.)	1	2	4	1	4
7	ca. 36.000	2	(.)	(.)	1	2	4	1	4
8	ca. 66.500	3	(.)	(.)	1	2	5	1	5
9	ca. 53.000	2	(.)	(.)	1	3	4	1	4
10	ca. 98.500	4	(.)	(.)	1	3	5	1	5
11	ca. 65.000	3	(.)	(.)	1	2	4	1	4
12	ca. 125.000	6	(.)	(.)	1	3	5	2	5
13	ca. 41.500	2	(.)	(.)	1	funzione vicaria del servizio multizonale di AN			
14	ca. 55.000	3	(.)	(.)	1	2	4	1	4
15	ca. 89.000	3	(.)	(.)	1	3	5	1	5
16	ca. 55.000	3	(.)	(.)	1	2	4	1	4
17	ca. 61.500	2	(.)	(.)	1	2	4	1	4
18	ca. 21.500	2	(.)	(.)	1	funzione vicaria del servizio multizonale di MC			
19	ca. 41.000	2	(.)	(.)	1	2	4	1	4
20	ca. 17.000	2	(.)	(.)	1	funzione vicaria del servizio multizonale di MC			
21	ca. 86.500	3	(.)	(.)	1	3	5	1	5
22	ca. 91.000	3	(.)	(.)	1	3	5	1	5
23	ca. 17.000	2	(.)	(.)	1	funzione vicaria del servizio multizonale di AP			
24	ca. 99.500	4	(.)	(.)	1	funzione vicaria del servizio multizonale di AP			

(.) Unità di assistente sanitario o infermiere professionale e di ispettore d'igiene (ex vigile sanitario) in ragione di uno per distretto sono state previste come obiettivo per il triennio nel capitolo 1. par. 1.5. (servizi di base).

(..) Laureato con specifica competenza nel settore della formazione permanente e dell'educazione sanitaria.

(*) Oltre a quanto già previsto al par. 3.1.2. punto 4 per il settore della medicina legale.

NOTA: Il numero complessivo di unità è riportato entro parentesi nella tabella n. 4.1.03. ove sono indicati gli organici

3.2. SERVIZIO PRONTO SOCCORSO

3.2.1. Definizione del ruolo

La domanda di risposta immediata nasce da motivazioni che comportano pericolo (reale o supposto) per il cittadino.

Tali motivazioni comportano differenti situazioni:

a) *di allarme:* quando l'individuo non e grave e le sue funzioni vitali non risultano minacciate. In tal caso nasce l'esigenza di un approccio diagnostico sollecito a seguito del quale è possibile decidere per la permanenza a domicilio previe indicazioni terapeutiche o per l'avvio a sede idonea per accertamenti più approfonditi (poliambulatorio o ospedale);

b) *di urgenza* (o emergenza differibile): quando, pur non sorgendo preoccupazioni per le funzioni vitali, l'individuò presenta forme di acuzie che richiedono intervento sollecito (entro poche ore e spesso con approccio multidisciplinare) senza del quale le condizioni possono peggiorare e comportare un pericolo di vita;

c) *di emergenza* (o di urgenza indifferibile): quando lo stato di shock e le gravi condizioni dell'individuo creano un immediato pericolo per le funzioni vitali. In questa situazione ogni minuto perso minaccia seriamente la vita e l'eventuale ripresa funzionale del paziente.

Compito del servizio di pronto soccorso è quello di dare risposta alle domande espresse in situazioni di urgenza e di emergenza, mentre la risposta all'allarme e compito della guardia medica, svolta da sanitari opportunamente preparati.

Pertanto esso, come attività ospedaliera in grado, per attrezzatture e personale, di affrontare qualsiasi emergenza, deve essere capace, attraverso l'integrazione interdisciplinare, di identificare e trattare ogni tipo di urgenza; deve, cioe, gestire e coordinare il soccorso extra-ospedaliero, il trasporto e garantire l'efficienza in caso di catastrofe; deve selezionare i ricoveri con invio del paziente dopo gli eventuali accertamenti diagnostici, ad una divisione dell'ospedale, e, se del caso, ad un presidio extra-ospedaliero o a domicilio; deve infine contribuire all'aggiornamento permanente degli operatori nel campo dell'emergenza sanitaria.

3.2.2. Assetto organizzativo e scelte di localizzazione

Il servizio di pronto soccorso si articola in tre fasi:

CHIAMATA, SOCCORSO-TRASPORTO (o raccolta), TRATTAMENTO (o P.S. fisso).

1) CHIAMATA: si impone la creazione di una centrale operativa interzonale, collocata nei D.E.A. dei capoluoghi di provincia con un numero unico, tipo 113, da chiamarsi senza gettone, collegata radio-telefonicamente con la guardia medica, con le ambulanze attrezzate e super-attrezzate, con gli altri servizi di pronto soccorso e con i vari servizi pubblici cointeressati alle emergenze civili (VV.FF., P.S., VV.UU., varie Croci).

   In tale centrale deve essere garantita la presenza di un operatore esperto, capace di valutare la particolare situazione, di fornire una prima risposta e di scegliere la sede ove erogare il trattamento idoneo, attivando il sistema di trasporto protetto.

2) SOCCORSO-TRASPORTO (o raccolta): viene realizzato per mezzo di ambulanze, dotate di personale medico e paramedico specializzato e di idonee apparecchiature: per particolari situazioni di emergenza la Regione dovrà disporre attraverso apposite convenzioni di un elicottero opportunamente attrezzato.

   Le ambulanze sono di due tipi:

   a) attrezzate (A), cioè fornite di attrezzature essenziali oltre che di radio-telefono;

   b) super-attrezzate (SA), dotate di apparecchiature più sofisticate per casi più gravi e di radio-telefono.

   Le ambulanze attrezzate e super-attrezzate debbono avere a disposizione personale medico e paramedico idoneo e debbono essere localizzate nei pronto soccorso ospedalieri e nei D.E.A.

3) TRATTAMENTO (o pronto soccorso fisso) si distingue in:
   a) pronto soccorso ospedaliero;
   b) D.E.A. (dipartimento di emergenza accettazione) di primo livello;
   c) D.E.A. di secondo livello.

Particolare attenzione richiedono le attività di raccolta e di trattamento, poiché le stesse devono essere svolte da personale con preparazione specifica; poiché le attività di trattamento richiedono per la loro natura personale ed attrezzature ospedaliere, il centro di riferimento del servizio di pronto soccorso è necessariamente lo stabilimento ospedaliero.

Inoltre l'organizzazione dei pronto soccorso a livello di D.E.A. tende ad assicurare il migliore funzionamento del pronto soccorso stesso, inteso nel senso più ampio della definizione, e nel contempo a frenare la corsa al ricovero facile, che è una delle cause più gravi del sovraffollamento dei reparti e che, a sua volta, trae origini da situazioni esistenti al di fuori degli ospedali.

D'altra parte l'emergenza è il criterio principe per l'accesso ai servizi ospedalieri ed è pertanto opportuno che le attività di pronto soccorso e quelle di accettazione sanitaria siano gestite dall'unico *servizio di pronto soccorso ed accettazione* che deve operare secondo due principi:

a) costituire tramite unico per qualsiasi tipo di ricovero ospedaliero;
b) programmare gli accessi (il discorso vale ovviamente per quelli non di urgenza); tale attività deve svolgersi in correlazione sia con i medici di base sia con i responsabili dei servizi e reparti ospedalieri.

Partendo dal principio che i servizi e reparti già organizzano, per rispondere ad urgenze od emergenze che nascono in ambito ospedaliero, servizi di guardia interna (divisionale od interdivisionale), ne deriva l'opportunità che il personale di tali guardie partecipi alle attività del servizio di pronto soccorso ed accettazione.

A loro volta i sanitari di pronto soccorso debbono, secondo opportune e prestabilite modalità, frequentare periodicamente reparti di cardiologia, rianimazione, neurochirurgia, ortopedia e chirurgia, ottenendo in tal maniera il grosso vantaggio della continuità della terapia e della funzionalità del dipartimento.

La casistica urgente od emergente mostra che per il trattamento di alcuni casi sono sufficienti le competenze di regola presenti in un piccolo ospedale, dotato di servizi normali e dei quattro reparti di base. Ma vi sono casi per cui tali competenze non sono sufficienti e se ne richiedono altre.

Si apre così l'alternativa se distribuirle nel territorio (per usarle in definitiva una volta tanto) o se non sia più opportuno concentrare in alcuni poli ospedalieri questa casistica più complessa; tutta la ricerca in materia si è orientata per questa seconda soluzione.

La via della concentrazione in poli specifici della casistica urgente ed emergente più complessa è giustificata anche dall'introduzione del criterio che una volta entrato l'infortunato nel circuito di tutela (il che avviene approdando al più vicino pronto soccorso ospedaliero) esso è ormai preso in carico dal S.S.N. il quale ha la responsabilità di trasferirlo laddove esistono le risorse necessarie ad intervenire a sua tutela; ciò è possibile con la disponibilità di ambulanze del tipo SA.

Il piano individua in tutti gli ospedali, dotati unicamente dei reparti e servizi di base, il servizio di pronto soccorso; negli altri stabilimenti l'organizzazione del pronto soccorso tiene conto dei reparti e servizi ospedalieri integrativi presenti in ciascun stabilimento e si svolge usando metodiche dipartimentali.

Le altre componenti specialistiche, disponibili all'interno della struttura ospedaliera, devono essere richiamabili in pronto soccorso in rapporto alle esigenze che si possono presentare, per determinare le convergenze di competenze indispensabili per la corretta soluzione dei problemi diagnostici e terapeutici del malato urgente.

Per quanto riguarda i D.E.A. di secondo livello, si ritiene sufficiente un solo polo regionale (Ancona) a servizio di tutto il territorio regionale.

3.2.3. Criteri per il dimensionamento

Perché un servizio di pronto soccorso possa definirsi tale è necessario che abbia uno standard minimo di strutture.
I pronto soccorso e accettazione ospedalieri debbono essere forniti di: locali di prima visita e piccoli trattamenti (gastroclisi, suture, medicazioni, terapie mediche di urgenza); quattro letti tecnici, distinti per sesso, per brevi osservazioni; attrezzature essenziali di emergenza di cardiologia e rianimazione e relativi farmaci; sala di attesa (con i servizi e telefono); locale di accettazione amministrativa; accessi facilitati ai reparti di degenza ed al poliambulatorio; entrata per pazienti barellati ed urgenti.
Deve essere garantito un servizio continuativo di assistenza sanitaria per: medicina generale, chirurgia generale, ostetricia-ginecologia, pediatria, radiologia d'urgenza, ortopedia minore per particolari sedi in prossimità di vie di grande traffico, centri sportivi, insediamenti industriali e zone rurali isolate.

3.2.4. Fabbisogno di personale

Le previsioni di personale portano a considerare necessaria la presenza:
1) nel pronto soccorso degli ospedali di base, del personale dei reparti di medicina e chirurgia opportunamente integrato;
2) negli altri, oltre all'organico autonomo di cui alla tab. n. 4.3.15, deve essere prevista la presenza, a turno di:
   - 1 aiuto o assistente di anestesia e rianimazione;
   - 1 tecnico radiologo;
   - 1 tecnico di laboratorio;
   - 1 ostetrico;
   - almeno due infermieri.

   Si ritiene opportuno che sia reperibile personale medico di tutte le specialità esistenti nell'ospedale;
3) nel D.E.A. di secondo livello, oltre al personale autonomo, di cui alla tab. 4.3.15. deve essere garantita la consulenza polispecialistica, mediante la costante disponibilità di equipes; tali disponibilità vanno intese in senso funzionale. Va comunque prevista, a turno, la presenza di:
   - un aiuto o assistente di ostetricia-ginecologia;
   - un aiuto o assistente di pediatria;
   - un aiuto o assistente di neurologia;
   - un aiuto o assistente di anestesia e rianimazione;
   - un aiuto o assistente di radiologia (+ un tecnico);
   - un aiuto o assistente di laboratorio (+ un tecnico);
   - un medico del servizio trasfusionale (+ un tecnico);
   - una caposala;
   - un'ostetrica;
   - adeguato numero di infermieri.

3.2.5. Correlazione con altri servizi

E' necessaria:
- la correlazione del pronto soccorso (sia del tipo più semplice che del D.E.A.) con tutti i servizi intraospedalieri;

- la correlazione del pronto soccorso semplice con il D.E.A. di primo livello di riferimento e con il D.E.A. di secondo livello a seconda della necessità;
- la correlazione della centrale di chiamata con tutti i servizi di emergenza non ospedalieri (protezione civile e via dicendo).

3.2.6. Situazioni d'emergenza

Al fine di realizzare interventi per l'emergenza sanitaria per la prevenzione delle calamità naturali e dei disastri, la Regione in collaborazione con gli organi nazionali della protezione civile adotta gli opportuni provvedimenti per programmare l'utilizzo delle strutture, dei mezzi e del personale delle unità sanitarie locali, utilizzando in via prioritaria:

a) i dipartimenti di emergenza ospedaliera integrati dai servizi di pronto soccorso territoriali;
b) la rete di soccorso delle autombulanze sia pubbliche che di volontariato opportunamente coordinate nella realtà viaria della regione.

Inoltre l'aggiornamento permanente del personale dipendente o convenzionato, d'intesa con i relativi ordini e collegi professionali, deve tendere alla sperimentazione operativa connessa alla emergenza sanitaria in caso di calamità naturale e di disastri.

3.2.7. Obiettivi per il triennio

Gli obiettivi di settore per il triennio ottobre 1982-settembre 1985 sono:

a) l'emanazione urgente nel corso dell'anno 1982 della legge regionale sull'organizzazione dei D.E.A. quale anticipazione della legge sul riordino degli ospedali secondo il criterio dipartimentale;
b) la predisposizione nel 1982 della necessaria regolamentazione per i D.E.A. e per il centro provinciale di chiamata e per l'uso delle autoambulanze di pronto soccorso.

3.3. SERVIZIO TRASPORTO INFERMI

3.3.1. Definizione del ruolo. Apporto del volontariato

Il servizio di trasporto infermi non ricomprende i casi di competenza dei servizi di emergenza e si occupa di:

a) trasporto di un infermo dal domicilio all'ospedale e viceversa;
b) trasporto di un infermo da un ospedale ad un altro ospedale.

Tali trasporti traggono origine da due decisioni:

a) la decisione del trasporto è assunta da operatori del S.S.N. (es.: invio all'ospedale di un colpito da malattia) ed in tal caso gli oneri sono a carico del S.S.N. che utilizza ambulanze proprie e ne utilizza altre a mezzo di convenzioni;
b) la decisione del trasporto è assunta dal cittadino e in tal caso egli ne sopporta gli oneri, rivolgendosi a chi vuole. A tal fine occorre regolamentare il servizio privato definendo, quanto meno, le caratteristiche dei servizi di trasporto e le tariffe da praticarsi per il noleggio.

Le attività di trasporto infermi sono esercitate utilizzando anche l'importante contributo di quelle associazioni a carattere nazionale o locale la cui vita sia regolata da statuti democratici e che abbiano come attività prevalente il trasporto degli infermi.

3.3.2. Assetto organizzativo

Ogni stabilimento ospedaliero dispone di almeno un'autoambulanza per il trasporto infermi il cui movimento è competenza del servizio per l'organizzazione ed il coordinamento generale e per la vigilanza ambientale, che, secondo le indicazioni del successivo cap. 3.7.2. è previsto in

tutti gli stabilimenti ospedalieri, come forma aggiornata della tradizionale direzione sanitaria.
Il già richiamato importante ruolo dell'apporto del volontariato comporta lo sviluppo di forme organizzative le più diverse che non appare opportuno codificare.

3.3.3. Correlazione con altri servizi

Le correlazioni sono differenti a seconda dei soggetti:
a) lo stabilimento ospedaliero mantiene relazioni tecniche con le associazioni di volontariato con le quali l'USL abbia ritenuto necessario convenzionarsi per lo svolgimento del servizio;
b) i gruppi operativi di base si collegano, per la domanda, con lo stesso stabilimento ospedaliero il quale fa intervenire mezzi propri o convenzionati.

3.3.4. Obiettivi per il triennio

Obiettivi per il triennio ottobre 1982 - settembre 1985 sono:
a) la realizzazione della presenza in ogni stabilimento ospedaliero secondo le prescrizioni di piano di una autoambulanza per il trasporto infermi;
b) l'applicazione delle convenzioni tra l'USL e associazioni di volontariato.

3.4. SERVIZIO TRASFUSIONALE E DI IMMUNOEMATOLOGIA

3.4.1. Definizione del ruolo. Apporto del volontariato

Sono di competenza del servizio trasfusionale tutte le attività di raccolta, preparazione, conservazione e distribuzione del sangue umano e suoi derivati per fini trasfusionali ed inoltre l'assistenza trasfusionale, la diagnostica e l'assistenza immunoematologica coagulativa e, a seconda delle varie realtà zonali, anche immunologica. Rientrano tra le competenze del servizio le attività di vigilanza in ordine alla produzione e alla distribuzione del sangue umano a lunga conservazione per uso terapeutico, profilattico e diagnostico da parte delle officine farmaceutiche autorizzate.
Le attività di raccolta, preparazione, conservazione e distribuzione si svolgono utilizzando anche l'importante contributo di quelle associazioni la cui vita sia regolata da statuti democratici e che abbiano come attività istituzionale la donazione volontaria anonima e gratuita del sangue.

3.4.2. Assetto organizzativo

Le unità operative nelle quali si articola il servizio trasfusionale sono le seguenti:
a) emoteca; svolge attività di sola conservazione e distribuzione di sangue umano e dei suoi derivati, esclusivamente in situazione di emergenza;
b) centro di raccolta; può essere fisso (con stabile residenza in un fabbricato) o mobile (di regola un automezzo attrezzato); presiede esclusivamente alla raccolta di sangue umano a mezzo di prelievo su persone convenzionate di età superiore a 18 anni e previo accertamento medico che nessun danno possa ad esse derivare per effetto del prelievo. Il sangue prelevato nel centro di raccolta deve essere immediatamente trasferito ad una unità operativa più complessa;
c) sezione trasfusionale; i suoi compiti sono: — come dalla normativa vigente — la selezione dei donatori ed il prelievo del sangue; la identificazione, la classificazione e conservazione

dello stesso; la sua distribuzione sul territorio di competenza;

d) centro trasfusionale; oltre a svolgere le attività proprie del centro di raccolta provvede soprattutto alla preparazione, conservazione e distribuzione del sangue e può anche svolgere attività di preparazione degli emocomponenti ottenibili con mezzi fisici semplici;

e) centro di produzione degli emoderivati; oltre a svolgere le attività proprie del centro trasfusionale provvede anche alla preparazione e distribuzione dei derivati del sangue umano che non si possono produrre con mezzi fisici semplici.

Il centro trasfusionale, nella sua funzione multizonale, provvede a coordinare il servizio di raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano e derivati su tutto il territorio di competenza. Il centro trasfusionale di Ancona deve provvedere, indipendentemente dal compito di realizzare la raccolta di tutta la donazione emergente nel proprio territorio di competenza, ad accogliere tutto l'eventuale esubero di scorte trasfusionali che si configuri, nei primi sei giorni dal prelievo, nei vari centri trasfusionali della Regione; tali attività sono svolte tenendo conto degli indirizzi e delle direttive emanate a livello nazionale.

Per quanto riguarda la sezione trasfusionale, dal momento che questa struttura è autorizzata a svolgere anche la distribuzione e ad eseguire, di conseguenza, le indagini preliminari (gruppo sanguigno, prove crociate, ecc.) provvede anche all'esecuzione dei più semplici esami immunoematologici facendo comunque riferimento al C.T. di competenza per eventuali ulteriori test diagnostici che si rendano necessari.

3.4.3. Criteri per il dimensionamento

I criteri per il dimensionamento e le scelte di localizzazione delle diverse unità operative sono chiaramente definiti dalla successiva tab. 3.4.01.

3.4.4. Correlazione con altri servizi

Tutte quelle attività che dovranno essere individuate per la salute fisica dei donatori e dei riceventi, non identificabili nei compiti previsti o espletati dai singoli centri trasfusionali, sono a carico dello stabilimento ospedaliero di competenza.

3.4.5. Obiettivi per il triennio

a) Le emoteche, le sezioni trasfusionali e i centri di raccolta dipendono funzionalmente dai centri trasfusionali di riferimento di cui alla tab. 3.4.01;

b) completamento della rete, quanto meno, delle emoteche negli stabilimenti ospedalieri privi delle strutture trasfusionali previste dalla legge regionale 12/1976.

Tabella n 3 4 01

LOCALIZZAZIONE DEI CENTRI, SEZIONI TRASFUSIONALI ED EMOTECHE

CENTRI TRASFUSIONALI

USL	Localizzazione
3	Osp. PESARO
4	Osp. FANO
5	Osp. URBINO
8	Osp. SENIGALLIA
10	Osp. JESI
11	Osp. FABRIANO
12	Osp. Torrette ANCONA
15	Osp. MACERATA
21	Osp. FERMO
22	Osp. S. Benedetto del T.
24	Osp. ASCOLI PICENO

SEZIONI TRASFUSIONALI

USL	Localizzazione	Centro di riferimento
7	Osp. CAGLI	FANO – USL n.4
2	Osp. SASSOCORVARO	URBINO – USL n.5
9	Osp. CHIARAVALLE	ANCONA – USL n.12
13	Osp. OSIMO	ANCONA – USL n.12
14	Osp. RECANATI	ANCONA – USL n.12
20	Osp. CAMERINO	MACERATA – USL n. 15
16	Osp. CIVITANOVA MARCHE	MACERATA – USL n. 15
23	Osp. AMANDOLA	ASCOLI PICENO – USL n.24

EMOTECHE

USL	Centro di riferimento
6	FANO – USL n.4
1	URBINO – USL n.5
18	MACERATA – USL n.15
19	MACERATA – USL n.15
17	FERMO – USL n.21

Gli organici dei centri trasfusionali sono riportati nella tab. n. 4.3.16; per quanto riguarda il personale dei servizi trasfusionali, tecnicamente diretti dal centro di riferimento, vanno previsti: 1 medico - aiuto immunoematologo e 2 tecnici.

3.5. SERVIZIO FARMACEUTICO

3.5.1. Definizione del ruolo. Modifiche nei servizi tradizionali.

Il servizio farmaceutico concorre a realizzare una rigorosa politica del farmaco basata sull'aggiornata informazione, in applicazione alle normative del Ministero della Sanità, e sull'ampio coinvolgimento dei cittadini e degli operatori sanitari per realizzare una capillare distribuzione ed un uso corretto e responsabile dei medicinali, con l'obiettivo di contenere gli attuali fenomeni di spreco, di ridurre la patologia jatrogena e le dipendenze psicologiche, di favorire adeguate iniziative di controllo della efficacia terapeutica, di eliminare la spesa dannosa e inutile conseguente ad una incontrollata ricettazione e di contenere la spesa pubblica mediante un oculato acquisto diretto alla fonte dei farmaci e del materiale sanitario, diagnostico, ecc. occorrenti alla rete dei presidi pubblici sanitari.

Esso, che fa capo all'USL, si articola ai diversi livelli territoriali della struttura pubblica quali le attività e i presidi di base, il poliambulatorio, l'ospedale, oltre le farmacie pubbliche e private convenzionate.
La Regione è pertanto impegnata a realizzare un nuovo modello di organizzazione e di qualificazione del servizio farmaceutico operante su tutto il territorio, all'interno degli ospedali e delle strutture extra-ospedaliere di carattere pubblico nonché attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate, al fine di garantire le esigenze prioritarie di copertura e di salvaguardia della salute dei cittadini e di raggiungere contestualmente gli obiettivi di contenimento degli effetti economici indotti, mediante la migliore possibile corrispondenza fra costi e benefici.

3.5.2. Assetto organizzativo

Il disegno organizzativo ed operativo del servizio farmaceutico deve estrinsecarsi in una struttura funzionale alla quale sono affidati i compiti di cui all'art. 27 della legge regionale 7/1982.

3.5.3. Criteri di dimensionamento e di localizzazione

Il servizio farmaceutico è istituito in ogni USL con popolazione superiore a 50.000 abitanti, mentre in quelle con popolazione inferiore è compreso nel servizio n. 2 (legge regionale 24.4.1980, n. 24 - art. 14). Si avvale di personale farmacista, tecnico ed esecutivo, secondo le previsione della pianta organica.
Si ritiene inoltre indispensabile che ogni ospedale di USL sia dotato di una farmacia interna così come ogni distretto comprenda almeno una farmacia pubblica o privata, secondo le norme della vigente legislazione.
Per le UU.SS.LL. superiori a 50.000 abitanti si prevedono 3 aree di azione:
A) area per rapporti e vigilanza con le farmacie convenzionate;
B) area per documentazione e informazione;
C) area per approvvigionamento.
Il personale del servizio è costituito da:
— n. 1 farmacista dirigente
— n. 2 farmacisti coadiutori
— n. 2 farmacisti collaboratori.
Per le UU.SS.LL. con popolazione inferiore a 50.000 abitanti occorre prevedere:
— 1 farmacista coadiutore
— 2 farmacisti collaboratori
che svolgano le azioni di cui sopra.

3.5.4. Correlazioni con altri servizi

Il servizio farmaceutico agisce in stretta collaborazione con tutti i servizi ed attività dell'USL, nonché con i presidi, pubblici e privati, anche ai fini dell'informazione scientifica e dell'educazione sanitaria della popolazione.

3.5.5. Obiettivi per il triennio

— Dotare ogni USL del previsto servizio farmaceutico;
— promuovere una capillare opera di educazione sanitaria dei cittadini, da parte anche del personale delle farmacie e di tutte le altre strutture sanitarie per il corretto uso dei farmaci.

Particolare rilievo assume l'organizzazione — in esecuzione di appositi programmi regionali — di interventi continui di verifica della efficacia o, al contrario, degli eventuali effetti indesiderati dei prodotti attivi, le cui risultanze saranno immediatamente comunicate al Ministero della Sanità, attraverso una azione di raccolta di dati e di controllo svolta da servizi di base, poliambulatori, ospedali, cliniche universitarie, coinvolgendo in ogni caso la collaborazione dei medici e dei farmacisti operanti ai vari livelli del territorio.
Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente piano deve essere reso funzionante presso le farmacie interne degli ospedali di Pesaro, Ancona, Macerata ed Ascoli Piceno un deposito di farmaci di non comune utilizzazione e particolarmente costosi.
Inoltre nell'USL n. 12 dovrà costituirsi un deposito di medicinali di uso raro al quale attingeranno i servizi farmaceutici di tutte le USL.

3.6. SERVIZIO OSPEDALIERO

3.6.1. Definizione e compiti

Lo scioglimento degli enti ospedalieri consente di ricondurre l'ospedale nel sistema generale delle cure, liberandolo di compiti aggiunti e non specifici.
Infatti compiti specifici del servizio ospedaliero — che è costituito da funzioni di diagnosi e cura e da reparti di degenza — sono soltanto:

a) il trattamento delle forme acute e degli infortuni per i quali il ricovero e condizione necessaria per un corretto svolgimento delle attività diagnostico-terapeutiche, che richiede la presenza contemporanea frequentemente ripetuta nel tempo dei tre strumenti di azione medica: il personale medico, quello paramedico e le attrezzature specifiche;
b) l'assistenza alle partorienti;
c) lo svolgimento di attività diagnostiche complesse che richiedono il ricovero per più di un giorno;
d) l'avvio del processo riabilitativo, con particolare riferimento alle azioni di prima riattivazione e contro la cronicizzazione indotta;
e) il supporto alle attività svolte da servizi di base (gruppo operativo di base) o da quelli integrativi territoriali (poliambulatorio), da parte sia dei servizi di diagnosi e cura, sia dei reparti di degenza.

Al servizio ospedaliero spettano ancora, oltre a quelli specifici suddetti, compiti normali che

spettano a ogni servizio sanitario:

a) lo svolgimento delle attività di educazione sanitaria dei cittadini che per qualsiasi motivo entrano in contatto con il servizio;
b) lo svolgimento di iniziative di formazione permanente degli operatori nel quadro di specifici programmi di USL;
c) il compimento di attività di indagine e ricerca, nel quadro di specifici programmi regionali.

3.6.2. Assetto organizzativo

Il servizio ospedaliero opera in sede specifica: *lo stabilimento ospedaliero.*
La dotazione minima di uno stabilimento ospedaliero e riportata nella tabella n. 3.6.01., precisando che reparti e servizi di ogni stabilimento ospedaliero sono chiamati a svolgere attività di ospedale di giorno.
Due sono gli obiettivi di fondo da perseguire in ordine all'assetto funzionale degli ospedali:

a) il passaggio da un sistema basato su servizi e reparti istituzionalmente separati ad un nuovo sistema fondato su aggregazioni organiche di tipo dipartimentale;
b) la qualificazione delle sedi ospedaliere.

Per quanto riguarda il dipartimento ospedaliero e necessario emanare nel corso del primo semestre 1983 apposita legge regionale che definisca l'ordinamento in dipartimenti in base a principi che prevedano:

— l'integrazione flessibile tra reparti e servizi affini e complementari;
— lo svolgimento garantito della qualificazione ospedaliera;
— l'interrelazione tra i servizi nel territorio e i servizi nell'ospedale.

Per quanto riguarda la qualificazione delle sedi ospedaliere si osserva che, allo stato attuale, dei 68 stabilimenti ospedalieri in esercizio — sono esclusi dall'analisi i servizi ospedalieri gestiti dall'INRCA e le strutture private che formeranno oggetto di apposito esame — molti non posseggono tutti i requisiti minimi previsti dalla legge 132/1968; a questi se ne devono aggiungere altri che, pur possedendo tali requisiti minimi, possono tra loro più facilmente integrarsi perché ubicati nello stesso comune.

E' necessario impedire la proliferazione ospedaliera e, pertanto, la semplificazione della rete medesima, mediante la riduzione nei tempi previsti dal piano del numero degli stabilimenti ospedalieri, può essere realizzata seguendo processi diversi:

a) in alcuni casi è possibile attribuire subito ad un solo stabilimento ospedaliero della USL tutte le funzioni esercitate da più stabilimenti;
b) in altri casi, invece, la via da seguire è quella di avviare un processo graduale che, mediante aggregazioni successive, porti a raggruppare in un solo stabilimento ospedaliero per USL tutte le funzioni ospedaliere. Secondo questa logica, ad esempio, potranno essere concentrate in una sola sede prima le attività pediatriche, poi quelle ostetriche e via dicendo.

La semplificazione della rete ospedaliera è suscettibile di consentire un più ampio sviluppo della *professionalità ospedaliera* (prima garanzia per il cittadino di interventi efficienti in caso di necessità) intesa come caratteristica dell'organizzazione ospedaliera in quanto tale, fondata sulla professionalità dei singoli operatori appartenenti allo stesso servizio o reparto e sulla integrazione organica dei vari servizi e reparti a costituire lo stabilimento ospedaliero. Tale professionalità ospedaliera — e lo stesso deve dirsi anche per la funzionalità — viene certamente compromessa da ogni soluzione, anche transitoria, che distribuisca su più sedi servizi e reparti ubicati nella stessa USL.

Infine, per quanto riguarda il personale ospedaliero, si osserva che — mentre non è necessario provvedere a modificare le figure oggi esistenti — mutano profondamente le condizioni del suo operare, atteso che, in quanto dipendente dell'USL può essere chiamato ad agire — secondo le singole professionalità e nel rispetto delle garanzie contrattuali — anche in presidi e servizi dell'USL non ospedalieri.

3.6.3. Criteri per il dimensionamento del servizio ospedaliero

Per tradizione il dimensionamento dei servizi ospedalieri è stato eseguito in riferimento al cosiddetto "quoziente dei posti-letto per 1.000 abitanti", metodo insufficiente in quanto assume a riferimento un indice non indipendente.
Occorre, al contrario, fare riferimento a quegli indici che influenzano il quoziente dei posti-letto e che sono il tasso di spedalizzazione, il flusso di ricovero, la durata media di degenza ed il tasso di utilizzazione degli ospedali.
L'analisi dei quattro indici su riportati e la determinazione di obiettivi specifici viene svolta successivamente ai paragrafi n. 4.3.2 e n. 4.3.3.

3.6.4. Correlazione con altri servizi

Lo stabilimento ospedaliero costituisce — come tutti gli altri presidi sanitari — un servizio integrativo a disposizione dei gruppi operativi di base operanti in ciascun distretto socio-sanitario. Questo collegamento ha un significato di fondamentale importanza, nel senso che si deve ribadire il ruolo di primaria importanza che i servizi di base hanno nell'avviare il cittadino a servizi più complessi e nel ricevere poi dai servizi stessi tutte le necessarie informazioni in ordine allo stato di salute del cittadino; né va dimenticata la correlazione stabilimento ospedaliero-poliambulatorio, già trattata al par. 2.1.5. Resta poi la necessità di un collegamento tra stabilimenti ospedalieri (cfr. par. 4.3.4.).

3.6.5. Obiettivi per il triennio

Per gli obiettivi relativi al comparto ospedaliero si rimanda al par. 4.3.5.

Tabella n. 3.6.01

DOTAZIONE MINIMA DI UNO STABILIMENTO OSPEDALIERO

La dotazione minima di uno stabilimento ospedaliero è costituita da: servizi di diagnosi e cura, reparti di degenza e altri servizi.

A. SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA

1. **Un *servizio di pronto soccorso ed accettazione*, che opera secondo le specifiche del cap. 3.2.**
2. **Un *servizio di cardiologia*, privo di letti propri e che disponga di letti d'appoggio presso la medicina generale nella quale è integrato. Il personale specializzato in cardiologia è compreso tra quello indicato per i reparti di medicina generale con specializzazione apposita.**
   Tale servizio deve garantire la consulenza cardiologica intraospedaliera (compresa l'attività di pronto soccorso, dove deve essere possibile in qualsiasi momento del giorno l'esecuzione di un ecg e la cardioversione elettrica), la registrazione e l'analisi dell'elettrocardiogramma, l'ambulatorio per esterni, la diagnostica strumentale policardiografica e lo studio orientativo delle vasculopatie periferiche (oscillometria, termometria, ecc.).
3. **Un *servizio di recupero e rieducazione funzionale*, unico per tutto l'ospedale e privo di letti propri, che utilizza letti di appoggio presso i reparti di degenza e che in particolare:**
   - **opera per il trattamento precoce ed intensivo delle forme ad elevato rischio di cronicizzazione, a partire dall'attività di prima riabilitazione, ferma restando la competenza del reparto di medicina generale in ordine alla gestione del trattamento antinvalidante ed all'adozione di programmi specifici in materia;**
   - **costituisce centro di supporto per lo svolgimento delle attività da svolgere nel territorio dell'USL. Stante il carattere innovativo che tale presidio assume nella logica della riforma e del piano si riportano nelle allegate tabelle 3.6.02 alcune considerazioni.**
4. **Un *servizio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche* che:**
   svolge attività di prelievo in sede, restando alla responsabilità dei singoli reparti l'organizzazione dei prelievi, la trasmissione dei campioni ed il ritiro dei referti;

- assicura, ove del caso, attività di prelievo al di fuori dello stabilimento ospedaliero;
- svolge attività di prelievo per i pazienti esterni e nei punti di prelievo anzidetti, rimanendo responsabile della trasmissione dei relativi campioni e dell'avvio delle conseguenti risposte;
- svolge tutte le analisi ricomprese nel "quadro A" della presente tabella.

5. Un *servizio di anestesia e rianimazione* deputato anche alla terapia antalgica.
6. Un *servizio di radiodiagnostica* che svolge le indagini strumentali specifiche e che ha competenza oltre che all'uso a fini diagnostici delle radiazioni ionizzanti, sull'impiego di tutte le altre tecniche per la formazione delle immagini.
7. Un *servizio di farmacia* interna.
8. Una *emoteca o sezione*, che opera per l'intera USL, collegata ad un centro trasfusionale di riferimento salvo che lo stabilimento disponga di centro trasfusionale, secondo le indicazioni di piano.
9. Un *ospedale di giorno*, per la soluzione di quei casi che richiedono ricovero ripetuto per più giorni successivi (o alternati), ma solo per alcune ore al giorno.
10. Un *poliambulatorio*, ove il piano espressamente lo preveda, fermo restando che, in assenza di tale servizio, ogni stabilimento ospedaliero dovrà comunque svolgere le necessarie attività ambulatoriali anche nella prima fase della dimissione.

B. REPARTI DI DEGENZA

1. Un *reparto di medicina generale* che oltre alle tradizionali attività, è chiamato a:
   - svolgere attività diagnostiche non complesse di carattere strumentale di pertinenza specialistica (angiologia, gastroentereologia e pneumologia), ovviamente quando non esistono in sede i reparti specialistici competenti. Tali attività vanno svolte con il supporto programmato di operatori appartenenti ai reparti specialistici che costituiscono centro di riferimento;
   - operare in stretto collegamento con i servizi di cardiologia e di recupero e rieducazione funzionale;
   - disporre di locali idonei per l'isolamento dei malati infettivi.
2. Un *reparto di chirurgia generale* che svolge le attività di trattamento chirurgico di tutte le affezioni che non rientrino strettamente nella rigorosa sfera di competenza di ben individuate specialità chirurgiche, ivi comprese quelle di routine di pazienti in età pediatrica e che affronta in prima istanza o in emergenza anche interventi non complessi ordinariamente di competenza di una apposita specialità.
3. Un *reparto di ostetricia-ginecologia* che svolge le attività di assistenza medica e chirurgica alla donna connesse con la riproduzione della specie dall'inizio della gestazione alla fine del puerperio (ostetricia) e con le malattie della sfera genitale femminile (ginecologia), attua gli interventi di interruzione volontaria della gravidanza anche con modalità operative che si esauriscano a livello di ospedale di giorno; unitamente alla pediatria svolge attività di medicina perinatale. Il piano indica presso quali stabilimenti ospedalieri è opportuno avviare i parti a rischio (nota tab. 4.3.09).
4. Un *reparto di pediatria* che svolge le stesse attività della medicina generale a favore della popolazione compresa tra 0 e 12 anni, ivi comprese quelle neonatologiche. Ricomprende una sezione neonatale, con preclusione di svolgimento di cure intensive, fatta salva l'emergenza post-parto. Il piano indica presso quali stabilimenti ospedalieri è opportuno organizzare i centri di cura intensiva neonatale.

C. ALTRI SERVIZI

Altri servizi che provvedono:

1. *All'organizzazione, al coordinamento generale e alla vigilanza ambientale (direzione sanitaria).*
2. *All'accettazione amministrativa e per l'economato.*
3. *Ai servizi per il personale.*
4. *Ai servizi tecnico-economali (cucina* con dispensa e guardaroba); la lavanderia deve essere centralizzata almeno a livello di USL.
5. *Al servizio mortuario e per le onoranze funebri.*
6. All'attività di *disinfezione*, mediante una stazione di disinfezione a servizio dell'USL, salvo che nel territorio non esista già una idonea stazione comunale in uno dei comuni ricompresi nel territorio d'azione dell'USL medesima.
7. Ai *servizi religiosi*, conformemente al credo dei ricoverati.
8. Allo svolgimento di corrette *attività dietetiche*, il che può avvenire senza la costituzione di un servizio specifico, ma mediante l'impiego di specialisti afferenti la medicina generale, con il compito di rispondere anche ad esigenze extraospedaliere.

QUADRO "A"

ANALISI DI BASE CHE DEVONO ESSERE SVOLTE ALMENO DA OGNI LABORATORIO OSPEDALIERO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGICHE

1. *Chimica clinica*
   acido idrossindolacetico (5 HIAA)
   acido urico
   acido vanilmandelico
   albumina (test qualitativo meconico)
   alfa-idrossibutizatodeidro - genesi (+ - HBHD)
   aldolasi
   amilasi (AMS)
   ammoniaca
   Bence Jones (proteinuria)
   bicarbonati
   bilirubinemia (totale e frazionati)
   bromosulftaleina
   calcio
   calcoli (analisi)
   cloro
   colesterolo totale
   colesteroli HDL
   colinestorasi (CHE pseudo)
   colinestorasi (n. di dibucaina)
   concentrazione (prova della —)
   creatinina
   creatinina clearence
   creatinfosfochinasi (CPK)
   diluizione (prova della —)
   elettroforesi lipoproteine
   elettroforesi proteine
   emoglobine AIa. AIb. AIc (o veloci)
   fenolsulfonftaleina
   essudati e trasudati: esame fisico-chimico
      (N.B.: data la contestualità delle prove è competenza di base anche l'esame morfologico. A tal fine, in caso di necessità, sarà opportuno appoggiarsi al servizio di anatomia ed istologia patologica dello stabilimento ospedaliero di riferimento)
   feci (esame completo)
   ferro
   ferro(capacità legante)
   fosfatasi acida (ACP)
   fosfatasi acida prostatica
   fosfatasi alcalina (ALP)
   glucosio
   glucosio 6 fosfato deidrogenasi (G6PDH)
   gamma-glutammil transpeptidasi (CGT)
   lattatodeidrogenasi (LDH)
   leucinamino-peptidasi (LAP)
   lipidi totali
   liquor cefalo-rachidiano (esame completo)
   magnesio
   mucoproteine
   potassio
   proteine totali
   rosso Congo (prova al —)
   salicilati
   sangue occulto
   sperma: esame chimico-fisico, indici, indici di fertilità
      (N.B.: negli stabilimenti ospedalieri nei quali è presente un servizio di anatomia ed istologia patologica, l'esame di che trattasi è di competenza di questo servizio)
   succo gastrico e duodenale

transaminasi G.O. (AST)
transaminasi G.P. (ALT)
trigliceridi
urea
urea clearance
urine (esame completo)
ilosio (test di assorbimento)

2. *Ematologia ed emocoagulazione*
cellule LE
crioglobuline
emazie falciformi
emazie fetali
emocromocitometria (completa di almeno 3 parametri derivanti)
emoglobine anomale (elettroforesi e dosaggio per eluizione)
fibrinogeno
frammenti di degradazione fibrinogeno-fibrina (FDP)
midollo osseo
parassiti nel sangue
piastrine
punteggiati basofili
resistenze globulari (test preliminare e curva)
reticolociti
retrazione di coagulo
tempo di emorragia
tempo di protrombina (PT)
tempo di reptilase (TR)
tempo di trombina (TT)
tempo di tromboplastina parziale (PTT)
velocità di eritrosedimentazione

3. *Microbiologia e sieroimmunologia*
antibiogramma
dosaggio immunologico qualitativo e quantitativo di proteine:
 alfa-2-fetoproteina
 alfa-2-macroglobulina
 alfa-1-antipripsina
 aptoglobina
 ceruloplasmina
 complemento
 IgA, IgG, IgM
 transferrina
esame parassitologico (ricerca microscopica su materiali biologici umani)
esame batteriologico colturale, in aerobiosi e anaerobiosi su materiali biologici umani
intradermoreazione alla tubercolina
intradermoreazione di Casoni
reazioni di precipitazione, di agglutinazione, di emoagglutinazione e di lisi:
 anticorpi antirosolia
 anticorpi antistreptococco (indotti da antigeni cellulari ed extracellulari)
 reazione di emoagglutinazione per artrite reumatoide
 reazione di Paul-Bunnel e Davidson
 reazione di Widal-Wright
 reazione TPHA
reazioni immunologiche qualitative e quantitative rapide:
 L.E. test
 proteina C reattiva
 test al lattice per anticorpi antitiroidei
 test al lattice per artrite reumatoide
 test immunologico di gravidanza
 test su vetrino per mononucleosi
 VDRL

ricerca microscopica per batteri e miceti
ricerca microscopica per microbatteri
urine (conteggio leucocitario delle —)
urinocoltura con determinazione della carica batterica

NOTE:
1. le indagini di approfondimento dei deficit congeniti ed acquisiti della coagulazione e lo studio della patologia piastrinica sono competenza dei servizi immunotrasfusionali;
2. il monitoraggio dei farmaci anticoagulanti è competenza del servizio di laboratorio e dei servizi emotrasfusionali;
3. la determinazione del gruppo ABO e del fattore Rh è competenza del servizio immunotrasfusionale, al quale il laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche trasmette ogni giorno i campioni relativi.

Tabella n. 3.6.02

SERVIZIO DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

1. DEFINIZIONE DEL RUOLO

Il servizio ha lo scopo di svolgere le attività volte al ripristino, totale o parziale, di funzioni compromesse da malattie o traumi temporaneamente o permanentemente invalidanti.
Esso persegue l'obiettivo, in primo luogo, del contenimento della loro evoluzione peggiorativa, mediante l'avvio il più preoce possibile di trattamenti idonei, ivi compresi quelli connessi con l'adattamento a minorazioni inemendabili, eventualmente con l'ausilio di sussidi.
La necessità di utilizzare la più ampia gamma di presidi strumentali ed organizzativi comporta la unificazione nel servizio di tutto quanto tradizionalmente attribuito alla fisioterapia, ormai non più razionalmente assegnabile al servizio di radioterapia od al reparto di ortopedia-traumatologia, secondo una prassi che limita l'intervento a sfere limitate.

2. ASSETTO ORGANIZZATIVO

Primo riferimento dell'attività di recupero e rieducazione funzionale è il *servizio di recupero e rieducazione funzionale* dello stabilimento ospedaliero. In questo contesto il servizio non dispone di letti propri ed è unico per l'intero stabilimento ospedaliero, ricomprendendo in esso tutte le attività riabilitative, con la sola eccezione dell'ortottica che resta di competenza del reparto di oculistica.
Di particolare rilievo è il trattamento dei neurolesi, dei motulesi e delle insufficienze respiratorie croniche, la cui entità numerica di domanda mette in essere una peculiare dimensione sociale.
Il trattamento ospedaliero di recupero e riducazione funzionale — che costituisce sempre l'avvio del processo riabilitativo — prosegue secondo due modalità diverse:

a) forme particolarmente complesse, come ad esempio le paraplegie, richiedono ulteriori trattamenti specialistici. La scelta, tenuto conto anche della dimensione della casistica nelle Marche, è quella non tanto di un centro autonomo, quanto di un centro istituito presso uno stabilimento ospedaliero a vasta gamma di specializzazioni mediche e chirurgiche;
b) forme meno complesse vengono seguite — dopo la dimissione ospedaliera — mediante attività di ospedale di giorno, di poliambulatorio e di tipo domiciliare, utilizzando differenziatamente operatori del servizio di recupero e rieducazione funzionale che agiscono, turnandosi, nello stabilimento ospedaliero e nel territorio.

3. CRITERI DI DIMENSIONAMENTO

La dotazione minima per il servizio di recupero e rieducazione di uno stabilimento ospedaliero è di un medico specialista e di due-tre terapisti.

4. CRITERI DI LOCALIZZAZIONE

Il servizio di recupero e riabilitazione è previsto in tutti gli stabilimenti ospedalieri che costituiscono la rete definitiva con le differenze di organico.
Il centro per il trattamento della casistica più complessa, comprensivo di una unità spinale per il trattamento precoce dei paraplegici, è collocato, per la sua valenza regionale, nell'USL n. 12.

5. CORRELAZIONE CON ALTRI SERVIZI

Le correlazioni ravvisabili sono di due tipi:

a) con i servizi sanitari: che comportano sia il raccordo tra il servizio stesso e gli altri servizi e reparti operanti nel medesimo stabilimento sia il raccordo tra il servizio stesso ed i poliambulatori e i gruppi operativi di base (per le necessarie attività domiciliari);

b) con i servizi socio-assistenziali: che comportano il raccordo con il gruppo operativo di base per le azioni tendenti a risolvere problemi residenziali per gli handicappati e con i servizi deputati al reinserimento nella produzione.

3.7. SERVIZIO VETERINARIO

3.7.1. Ruolo del servizio veterinario

Il servizio veterinario si articola in due settori: quello della sanità animale, dell'igiene, dell'allevamento e delle produzioni animali e quello dell'igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.

Il nuovo assetto del servizio veterinario, con una collocazione degli operatori veterinari nelle due distinte aree funzionali di cui all'art. 17 del D.P.R. 761/1979 e la conseguente specializzazione settoriale degli stessi, deve consentire possibilità operative di maggiore efficacia che per il passato, essendo superata la figura del veterinario "tutto fare", zooiatra ed igienista insieme.

Il settore della sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali, comprende in particolare oltre l'assistenza veterinaria in senso lato, anche la polizia veterinaria, la profilassi veterinaria, nonché tutte quelle attività finalizzate all'igiene dell'allevamento e delle produzioni animali, prime fra tutte gli alimenti di origine animale.

In questi ultimi tempi hanno assunto sempre maggiore rilievo ed estensione gli interventi profilattici nella lotta contro le malattie infettive del bestiame rilevanti sia ai fini della salute dell'uomo, che sotto il profilo zooeconomico, per cui la profilassi, una volta compresa nella polizia veterinaria, oggi può e deve essere considerata a sé, dato l'autonomo rilievo assunto, sganciata quindi dalla polizia veterinaria, con la quale naturalmente deve continuare ad avere strettissimi legami operativi.

La sanità degli animali costituisce particolare garanzia per la tutela della salute umana allorché trattasi di malattie infettive ed infestive trasmissibili all'uomo.

Il servizio veterinario deve svolgere in questo campo un ruolo primario attraverso interventi di natura profilattica, e di polizia veterinaria, nonché mediante un'azione costante e capillare di educazione sanitaria della popolazione.

Nel campo dell'igiene e dell'allevamento e delle produzioni animali il servizio veterinario è chiamato a svolgere una funzione di grande rilievo sia dal punto di vista economico sia e soprattutto da quello igienico-sanitario per i prodotti che dall'allevamento derivano.

La presenza di veterinari muniti di specializzazione in materia di alimentazione ed igiene zootecnica consente di assicurare nel territorio una qualificata assistenza agli allevatori in materia, nonché un adeguato servizio di vigilanza.

Il settore dell'igiene della produzione e della commercializzazione degli alimenti di origine animale comprende sia l'ispezione che la vigilanza veterinaria.

La vigilanza veterinaria, fino ad oggi non adeguatamente attuata, soprattutto per la carenza del necessario personale, richiede un urgente potenziamento.

In questi ultimi tempi, con l'elevarsi del tenore di vita dei cittadini, quindi con un maggiore consumo di proteine animali; con l'intensificarsi degli scambi commerciali, sia a livello nazionale che internazionale; con l'enorme sviluppo della tecnologia della produzione e conservazione degli alimenti di origine animale; con un progressivo e profondo cambio di

indirizzo nel settore dell'allevamento, per cui si sta passando da un allevamento di tipo familiare, ad un allevamento a carattere intensivo ed industriale; con una nuova tecnica terapeutica basata sull'impiego massivo, spesso indiscriminato ed incontrollato, di farmaci nella terapia di massa e nella stessa alimentazione del bestiame ed un illecito uso di sostanze terapia di massa e nella stessa alimentazione di bestiame ed un illecito uso di sostanze estrogene e tireostatiche, è quanto mai urgente approntare un servizio di vigilanza veterinaria permanente.

L'ispezione veterinaria, comprendente quegli atti dovuti che il veterinario deve porre in essere per l'accertamento di determinati requisiti di natura igienico-sanitaria soprattutto a carico di alimenti di origine animale, carni in particolare, deve, ove del caso, integrarsi con gli opportuni esami di laboratorio.

3.7.2. Assetto organizzativo

La determinazione dell'assetto organizzativo del servizio richiede in via preliminare la valutazione delle funzioni e delle attività veterinarie in relazione al territorio ed alla incidenza dei relativi parametri, di rilevanza veterinaria, in esso esistenti e determinanti l'entità della domanda delle prestazioni veterinarie medesime.

La legge regionale 41/1981, oltre ad individuare le principali attività veterinarie che il servizio deve garantire, ha dettato le norme fondamentali per il riordino del servizio veterinario nelle singole unità sanitarie locali.

Per quanto riguarda la suddivisione dei due settori del servizio veterinario in ambiti operativi omogenei in ogni unità sanitaria locale essa può, tenendo conto dell'entità dei parametri di cui all'art. 16 della legge 833/1978, delle condizioni orografiche, climatiche e di viabilità del proprio territorio, avere la seguente articolazione:

A. settore della sanità animale, dell'igiene dell'allevamento e delle produzioni animali, che a sua volta si articola in:
   1. ambito operativo della sanità animale che in particolare comprende:
      - la profilassi delle zoonosi e delle altre malattie infettive ed infestive e diffusive degli animali;
      - la polizia veterinaria;
      - l'attuazione dei piani di bonifica sanitaria del bestiame ed i trattamenti immunizzanti degli animali;
      - l'assistenza zooiatrica con le modalità di cui all'art. 15 della citata legge regionale 41/1981;
      - ogni altra attività veterinaria attinente in maniera piu o meno diretta alla prevenzione e cura delle malattie del bestiame, nonché alla produzione animale;
   2. ambito operativo dell'igiene dell'allevamento e delle produzioni animali che comprende in particolare:
      - la vigilanza permanente sugli allevamenti e concentramenti di animali;
      - la vigilanza sugli impianti di raccolta, trasformazione, distribuzione e risanamento di sottoprodotti, avanzi e rifiuti di origine animale;
      - la vigilanza sull'impiego di farmaci per uso veterinario;
      - la vigilanza sulla produzione ed impiego dei mangimi integratori e mangimi medicati, nonché sull'illecito impiego nell'alimentazione del bestiame di sostanze vietate e pericolose anche per la salute dell'uomo;
      - la vigilanza sulla utilizzazione degli animali da esperimento;
      - l'assistenza veterinaria;
      - l'educazione e la propaganda veterinaria agli allevatori;
      - ogni altra attività propria del servizio ed inerente all'igiene dell'allevamento e delle produzioni animali;

B. settore dell'igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.

Detto settore comprendente sia l'ispezione degli alimenti di origine animale che la vigilanza sulla loro produzione e commercializzazione, puo essere articolato in ambiti operativi omogenei tenendo conto oltre che degli elementi indicati per il precedente settore A., della specializzazione degli operatori veterinari ed in particolare di specifiche esigenze legate ad impianti produttivi e commerciali nel settore degli alimenti di origine animale, ivi compresi i prodotti della pesca (mercati all'ingrosso, depositi e laboratori di produzione di carni e pesce, ed altri).

Per quanto riguarda l'erogazione delle attività veterinarie di base si rinvia all'articolo 14 della legge regionale 41/1981.

Per esigenze funzionali, soprattutto in ragione della diversa entità dei parametri di cui all'art. 16 della legge 833/1978, la erogazione delle prestazioni veterinarie di base può interessare aree comprendenti più distretti o l'intera USL; *in tal caso dovrà assicurarsi dai singoli operatori "itineranti", pur nel rispetto dell'autonomia tecnico-funzionale, il collegamento con l'équipe di base dei singoli distretti.*

Le funzioni ed attività veterinarie che vengono di norma erogate nelle singole UU.SS.LL. a livello centrale sono:

— la direzione ed il coordinamento delle azioni veterinarie;
— la proposta e l'assistenza tecnica nel settore della programmazione in campo veterinario eventualmente attribuita all'USL;
— la vigilanza veterinaria intesa come vigilanza integrativa di quella permanente svolta a livello distrettuale od interdistrettuale, sia per quanto riguarda l'igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale e dell'alimentazione zootecnica, che la polizia e la profilassi veterinaria, nonché la riproduzione animale naturale e strumentale;
— la profilassi della rabbia attraverso l'accalappiamento dei cani randagi, la cattura o l'abbattimento dei cani inselvatichiti, la gestione dei canili e la riduzione della popolazione volpina, ove superiore alla norma; per particolari esigenze potranno anche prevedersi canili ad utenza interdistrettuale;
— la disinfezione e disinfestazione, in particolare, dei ricoveri animali, dei mercati e dei pascoli;
— l'attività tecnico-amministrativa (accertamenti tecnico-sanitari, pareri, certificazioni, richiesti dall'ordinamento) ed altri adempimenti i quali, per la loro natura e rilevanza territoriale sono riconducibili funzionalmente alle strutture tecniche veterinarie dell'USL.

Per la guardia veterinaria festiva e notturna di cui alla lettera n) dell'art. 14 della legge regionale 41/1981, l'USL provvede attraverso turni di reperibilità interessanti, a seconda delle diverse esigenze, ambiti distrettuali, interdistrettuali o l'intero territorio dell'USL medesima, tenendo conto per quanto riguarda l'assistenza zooiatrica, del disposto dell'art. 15 della precitata legge regionale 41/1981.

La individuazione e la struttura dei presidi e servizi multizonali sara regolamentata dall'apposita legge regionale sui servizi multizonali di prevenzione.

L'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, con le sue quattro sezioni dislocate in ciascuna provincia della regione, struttura a rilevanza interregionale, si pone a disposizione delle UU.SS.LL. sia per quanto riguarda l'attività della sede centrale che quella delle sezioni provinciali.

Le singole UU.SS.LL. si avvalgono delle prestazioni dell'Istituto Zooprofilattico sia, in particolare, per quanto riguarda l'attività di laboratorio nel settore diagnostico delle malattie infettive ed infestive degli animali e nell'igiene degli alimenti di origine animale e dei mangimi per uso zootecnico, che per quanto riguarda l'assistenza tecnica agli allevatori e l'educazione sanitaria degli stessi.

3.7.3. Criteri per il dimensionamento ed indicazioni del fabbisogno del personale

In ogni USL dovrà istituirsi, come previsto dalle leggi regionali 24/1980 e 41/1981, un servizio veterinario con tutte le sue componenti, anche se diversamente quantificate nelle sue unità operative e strutture in funzione dell'entità dei vari parametri di rilevanza veterinaria.
La diversa entità dei parametri in campo veterinario, quali essenzialmente quelli riportati nell'art. 16 della legge 833/1978, costituisce il termine di riferimento per la strutturazione del servizio veterinario, la sua articolazione sul territorio e la determinazione del personale da assegnare al servizio veterinario delle singole UU.SS.LL.
Considerato che il servizio veterinario si articola nei due settori di cui all'art. 12 della legge regionale 41/1981 e che il personale veterinario, ai sensi dell'art. 17 del D.P.R. 761/1979, viene professionalmente collocato nelle predette due distinte aree funzionali, si formulano, per la predisposizione delle piante organiche delle singole UU.SS.LL., le seguenti indicazioni:

A) settore sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali:
   - 1 veterinario dirigente;
   - 1 veterinario ogni 1.000-2.500 zoounità (1 zoounità = 1 capo bovino, bufalino od equino; oppure 3 ovini, caprini, suini o cani; oppure 100 animali di bassa corte). Si dovrà in ogni caso tenere conto delle diverse situazioni ambientali, orografiche, climatiche e di viabilità, nonché della potenzialità e densità degli allevamenti e del numero e potenzialità dei mangimifici esistenti sul territorio o di altri impianti soggetti a vigilanza veterinaria;

B) settore igiene della produzione e della commercializzazione degli alimenti di origine animale:
   - 1 veterinario dirigente;
   - veterinari in numero adeguato alle esigenze del settore nelle singole UU.SS.LL., tenendo conto in particolare degli impianti di macellazione e di lavorazione delle carni, dei prodotti ittici e degli altri prodotti di origine animale, nonché della catena di distribuzione degli alimenti di origine animale.

Il servizio veterinario deve inoltre disporre, secondo le necessità dei due settori, di un numero adeguato di operatori professionali e tecnici.

3.7.4. Criteri di localizzazione

Considerato che la maggior parte delle attività veterinarie si svolgono al di fuori di specifiche strutture o presidi, questi possono ricondursi alle sezioni dell'Istituto Zooprofilattico ed ai pubblici macelli.
Per i presidi veterinari multizonali vedasi quanto indicato al paragrafo 3.7.2.
Per quanto riguarda i pubblici macelli, pur non potendosi questi qualificare strutture sanitarie, ma produttive, dati i grandissimi riflessi di ordine igienico-sanitario legati alla loro strutturazione, potenzialità e dislocazione sul territorio non possono non essere urgentemente sottoposti ad un piano di riordino.
Urgenti esigenze di ordine igienico-sanitario sia in riferimento alla produzione igienica delle

carni che all'igiene dell'ambiente (inquinamenti delle acque in particolare) richiedono una drastica riduzione di detti impianti a un numero limitato.
Necessita concentrare la macellazione in grossi impianti, tenendo conto per la loro collocazione sul territorio delle correnti di mercato, della produzione zootecnica e delle condizioni di viabilità.
Il servizio veterinario assicura nei predetti impianti la funzione di ispezione e di vigilanza veterinaria.
I comuni, singoli o associati, ai quali spetta la gestione dei pubblici impianti di macellazione, dovranno assicurare nei singoli macelli la disponibilità per il servizio veterinario dell'USL dei locali necessari, anche per l'istallazione di attrezzature richieste per i prelievi e gli esami di routine da effettuarsi in sede di macellazione degli animali (in particolare trichinoscopio a proiezione e microtomo congelatore).
Per quanto riguarda la localizzazione dei canili per esigenze funzionali e di economia di gestione si deve tendere alla concentrazione degli stessi in ambiti interdistrettuali o meglio prevedere un unico canile per tutto il territorio dell'USL.

3.7.5. Correlazione con altri servizi

Il servizio veterinario, data anche la pluralità dei settori in cui e naturalmente chiamato ad operare deve necessariamente avere rapporti con altri servizi della USL e con strutture e presidi anche esterni.
Pur nel rispetto dell'autonomia tecnico-funzionale garantita dalla legge di riforma e dal D.P.R. 761/1979, il servizio veterinario ha stretti rapporti, nell'ambito dell'USL, in particolare con il servizio di cui al punto 1) del secondo comma dell'art. 14 della legge regionale 24/1980.
Per quanto riguarda la polizia veterinaria e la profilassi nell'ambito delle zoonosi si deve attivare un sistema permanente di reciproca informazione fra servizio veterinario e servizio di igiene pubblica di cui sopra circa gli episodi infettivi od infestivi che si verificano sia negli animali che nell'uomo.
Nell'ambito dell'ispezione e della vigilanza sugli alimenti di origine animale nonché della profilassi delle malattie infettive ed infestive degli animali il servizio veterinario dell'USL ha rapporti, oltre che con il servizio n. 1 citato sopra, con i servizi multizonali di prevenzione e con l'Istituto Zooprofilattico.
Per quanto riguarda la vigilanza nel campo della produzione mangimistica, l'alimentazione zootecnica e l'impiego di pesticidi in agricoltura, per i riflessi che tutti questi hanno sulla igiene e sull'alimentazione zootecnica e quindi di riflesso sulla salubrità dei prodotti di origine animale, il servizio veterinario delle UU.SS.LL. deve avere rapporti con le strutture tecniche ed amministrative esistenti nel settore agricolo-zootecnico e del commercio.

3.7.6. Obiettivi per il triennio

A. IMPEGNI PRIORITARI

1) Riorganizzazione e potenziamento del servizio di vigilanza veterinaria. Il settore della vigilanza veterinaria esige una sua qualificazione, sia per quanto riguarda i settori di intervento che la qualificazione del personale veterinario preposto alla vigilanza stessa.
La vigilanza veterinaria deve riguardare in particolare sia l'area della produzione, deposito, trasporto, commercializzazione e somministrazione degli alimenti di origine animale che quella dell'igiene e dell'alimentazione zootecnica e della profilassi e polizia veterinaria.
In ogni USL dovrà prevedersi un settore di intervento da identificarsi con la vigilanza veterinaria da attuarsi in via permanente a livello distrettuale od interdistrettuale e da

integrarsi in sede di servizio veterinario a livello di strutture centralizzate dell'USL.

2) Potenziamento dell'ispezione veterinaria nei riguardi degli animali da macello con ricorso generalizzato ad esami di laboratorio.
L'esame istologico delle prostate e delle ghiandole del Bartolini per escludere l'illecito impiego di estrogeni nell'allevamento bovino deve costituire indagine generalizzata anche se campionaria, da potersi effettuare presso gli impianti di macellazione, specie dove si macellano bovini provenienti da allevamenti di tipo industriale.
Egualmente a livello di macello deve eseguirsi l'esame trichinoscopico previsto per tutti i suini macellati. L'esigenza di un responso immediato dopo la macellazione al fine di evitare soste delle carni nei macelli, in considerazione anche della semplicità delle attrezzature e delle tecniche di esame richieste, richiede che detti esami vengano eseguiti possibilmente nello stesso macello ad opera dello stesso veterinario ispettore.
A livello di macellazione poi deve provvedersi al prelievo di tutti quei campioni richiesti dalle varie situazioni contingenti e per la ricerca di fonti di infezione sia in campo veterinario che umano e per le esigenze della vigilanza sulle carni.

3) Lotta al randagismo dei cani e profilassi della rabbia silvestre. A tal fine le UU.SS.LL. si debbono dotare di adeguata attrezzatura.

4) Educazione sanitaria degli allevatori, delle popolazioni rurali e dei consumatori con particolare riferimento alla sanità animale ed alla nutrizione con alimenti di origine animale.
Lo stretto rapporto esistente fra popolazione rurale e il veterinario deve consentire lo svolgimento da parte di questi di una capillare, continua ed incisiva azione di educazione sanitaria, in particolare per quanto inerisce ad una igienica conduzione dell'allevamento in riferimento soprattutto ai riflessi che questa ha sulla igienicità e dell'ambiente e degli alimenti che dagli animali traggono origine.
L'educazione sanitaria veterinaria oltre che direttamente e capillarmente sul campo deve realizzarsi anche attraverso il contributo apportato nell'ambito di una educazione sanitaria globale e programmata.

5) Aggiornamento professionale dei veterinari e riqualificazione del personale del ruolo sanitario (operatori professionali) e tecnico da assegnare al servizio veterinario.

6) Costituzione in ogni USL di un centro documentazione e di distribuzione di materiale bibliografico per l'educazione sanitaria veterinaria e per l'aggiornamento degli operatori addetti al servizio veterinario.

B. INTERVENTI

a) Attuazione dei piani sanitari di risanamento degli allevamenti dalla tubercolosi bovina e dalla brucellosi bovina, ovina e caprina, previsti dalla legge 9.6.1964, n. 615 e successive modifiche.

b) Attuazione delle campagne vaccinali obbligatorie degli animali e di altri interventi profilattici disposti dal Ministero della Sanità.

c) Coordinamento della vigilanza veterinaria con il servizio veterinario di frontiera. Il grande flusso di importazioni dall'estero di animali vivi da macello e di derrate alimentari di origine animale, carni in particolare, esige un funzionale coordinamento fra la vigilanza veterinaria alla frontiera, attuata tramite gli uffici veterinari di confine, porto ed aereoporto e quella da attuarsi a destinazione.

Tabella n. 3.7.01

USL	*Veterinari*	*Altri operatori per le attività di vigilanza e prestazioni tecniche di vario livello (DPR n. 761/79)*
1	6	6
2	8	8
3	12	12
4	9	9
5	10	10
6	8	8
7	9	9
8	9	9
9	6	6
10	23	23
11	12	12
12	10	10
13	6	6
14	9	9
15	15	15
16	8	8
17	8	8
18	6	6
19	15	15
20	9	9
21	19	19
22	14	14
23	8	8
24	16	16
	255	255

3.8. SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI

3.8.1. Definizione del ruolo

Nell'esaminare il comparto socio-sanitario è necessario partire dalla considerazione che lo stesso fa riferimento ad un quadro istituzionale non completamente definito, non essendo stata ancora approvata la legge nazionale di riforma dell'assistenza.

Di conseguenza, in attesa che la regione possa in parte ovviare a quanto sopra con una legge di riordino della materia, che tuttavia non potrebbe essere esaustiva del problema, il piano determina gli obiettivi di fondo da raggiungere e le linee di tendenza da perseguire nell'attuazione delle varie leggi di settore che attualmente disciplinano la materia e forniscono le relative fonti di finanziamento.
Tali indirizzi ed orientamenti sono indispensabili ai fini dell'integrazione dei due settori, quello sanitario e quello sociale, perché i relativi interventi, sia pure differenziati quanto a carattere istituzionale, finanziario e strumentale, possano concorrere alla soluzione del problema degli utenti: in particolare ciò è necessario per la realizzazione dei progetti-obiettivo.

Ciò premesso, si intendono per servizi socio-assistenziali tutti quei servizi predisposti a favore del singolo e delle famiglie per prevenire, in collaborazione con altri servizi, le cause del bisogno e per eliminarne gli effetti quando questo si sia già manifestato.
Lo scopo principale che si pongono i servizi socio-assistenziali e quello di consentire all'individuo di vivere ed evolversi nell'ambito familiare e sociale di appartenenza senza subire dannosi sradicamenti.
In tal senso l'utilizzo di servizi di tipo residenziale deve essere consentito solo ove non sia possibile risolvere il bisogno con servizi aperti; in ogni caso, specie se trattasi di minori, deve essere predisposta ogni azione per far cessare le cause che hanno determinato l'ammissione in una comunita residenziale e per modificare le situazioni che impediscono il rientro dell'utente in famiglia. Le funzioni svolte dai servizi socio-assistenziali sono di massima riconducibili alle seguenti branche di intervento:

a) attività di informazione e segretariato sociale;
b) attività di aiuto, sostegno e consulenza psicologica;
c) interventi per la garanzia dell'alloggio;
d) interventi per la garanzia del minimo vitale;
e) interventi di assistenza domiciliare;
f) interventi di assistenza in comunità residenziali.

Le suddette funzioni pur garantite dagli stessi servizi assumono esplicitazioni diverse se sono rivolte alla tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva o al sostegno dei cittadini in età avanzata o a quello degli adulti in particolari difficoltà.
Al riguardo giova precisare che la presenza di situazioni di handicap, fisici o psichici, costituisce diritto di priorità nelle prestazioni, a parità di altre condizioni, a garanzia dell'obiettivo sopra detto di consentire a tutti la permanenza nel proprio ambiente e lo sviluppo delle potenzialità personali.

3.8.2. Assetto organizzativo

Per i minori si parte dal riconoscimento della importanza della famiglia e del ruolo formativo che tale istituzione esplica per l'equilibrio psico-fisico del minore e la sua primaria socializzazione, ma anche della necessità di non lasciare sola la famiglia di fronte a tale compito.

Si individuano pertanto i seguenti interventi:

1) interventi sostitutivi della famiglia (che si pongono in essere quando questa è inesistente o e giuridicamente riconosciuta inadeguata a svolgere il proprio compito):
   - affido pre-adottivo;
   - adozione speciale.

   Tali interventi comportano alcune attività fondamentali che di seguito vengono riportate:
   - segnalazione del minore in presunto stato di abbandono;
   - informazione alle coppie interessate all'adozione speciale;
   - valutazione dello stato di abbandono del minore;
   - valutazione delle coppie che hanno richiesto l'adozione speciale;

- abbinamento coppia minore;
- guida e sostegno alle coppie che hanno minori in affidamento pre-adottivo;
- verifica del grado di rispondenza dell'affido alle necessità del minore;

2) interventi integrativi della famiglia (che aiutano la famiglia a svolgere il suo ruolo, con l'obiettivo di consentire al bambino di permanere in essa anche in momenti di difficoltà o di ritornarvi in caso di temporaneo allontanamento):
- l'aiuto, il sostegno e la consulenza psicologica;
- gli interventi economici, sistematici e straordinari;
- il pronto intervento assistenziale (che si realizza tramite la disponibilità all'accoglimento del minore da parte delle strutture esistenti sul territorio, anche se organizzate per finalità diverse, in risposta a situazioni di emergenza come il ricovero in ospedale, la morte improvvisa, la detenzione di uno o di entrambi i genitori, ecc.);
- l'assistenza domiciliare (nel caso di un nucleo familiare con più bambini o con la presenza di un bambino handicappato o in sostituzione dell'asilo-nido per i minori da 0 a 9 mesi, o in risposta ad altre situazioni, anche temporanee, di difficoltà familiare);
- l'asilo nido;
- il seminternato per i soggetti in età evolutiva (in risposta ad un bisogno di appoggio per la mensa, per la guida scolastica, per l'integrazione educativa della famiglia, ecc.);
- centri di appoggio diurno per handicappati gravissimi;
- l'affido etero-familiare (quando la famiglia di origine del minore è impossibilitata a tenerlo presso di sé per un periodo più o meno definito ed a provvedere al suo mantenimento e alla sua educazione, quando si verificano situazioni di conflittualità fra genitori e figli, ecc.);
- l'ammissione presso un gruppo famiglia (quando non siano sufficienti a risolvere il problema gli interventi sopra indicati e comunque in via temporanea, attivando subito tutti quei processi che possano far ritornare il minore nella famiglia di origine o permettere il suo inserimento in una famiglia affidataria). Le strutture residenziali devono essere organizzate in modo da avere quanto più possibile un clima di famiglia, soprattutto se accolgono minori al di sotto dei 10/12 anni;
- l'ammissione in gruppo appartamento (quando le condizioni di cui sopra si riferiscono agli adolescenti);
- casa protetta: per tutti quei soggetti in età evolutiva, che presentano situazioni di gravità fisio-psichica e psichica, tali che richiedano assistenza e interventi educativi-riabilitativi con carattere di continuità. Data la particolare natura del servizio, esso è da prevedersi a livello multizonale.

Per quanto concerne gli anziani si ritiene opportuno ribadire anzitutto che gli stessi hanno il diritto di scegliere l'appoggio sociale che ritengono più confacente alle proprie necessità, rispettando il loro desiderio di essere autonomi e contemporaneamente garantiti dai rischi connessi con l'età avanzata.

Si individuano pertanto i seguenti interventi:
- l'assistenza economica che si prefigge lo scopo di garantire l'autonomia personale quale presupposto indispensabile per una vita di relazione soddisfacente. Pur considerando che la soluzione di tale problema è connessa alla riforma del sistema previdenziale, è tuttavia certo che i meccanismi del sistema sono tali da far prevedere comunque la necessità di interventi per rapportare con immediatezza il reddito dell'anziano alle reali esigenze della vita; può essere realizzata tramite sussidi, buoni spesa, pagamento parziale o totale del canone di affitto, ecc.;
- la garanzia di condizioni abitative idonee, attraverso il risanamento e l'adattamento di alloggi già costruiti, la riserva di abitazioni nella edilizia economico-popolare prive di barriere architettoniche, ecc.;
- l'assistenza domiciliare al fine di assicurare l'aiuto per il governo della casa, per la cura della persona, per l'espletamento delle attività relazionali;

— la casa di riposo per gli anziani ancora autosufficienti che per senilità avanzata, per solitudine o altro motivo richiedano garanzie di protezione nell'arco dell'intera giornata;
— la casa protetta per anziani non autosufficienti.

E' opportuno ribadire che nel caso l'anziano sia necessitato o scelga di vivere in una struttura residenziale, questa deve essere realizzata in modo da soddisfare alcune esigenze di fondamentale importanza:
— essere ubicata nel luogo di residenza dell'anziano e possibilmente nel centro abitato per garantire la continuità dei rapporti di parentado e di amicizia;
— essere di piccole dimensioni e con organizzazione duttile per consentire ad ogni ospite il senso di appartenenza alla propria comunità;
— essere strutturata logisticamente in modo da consentire ogni comfort;
— essere organizzata in modo da limitare al massimo condizionamenti all'autonomia degli ospiti.

Per quanto concerne gli adulti in difficoltà, soprattutto per problemi di tossico-dipendenza e per quelli conseguenti alla dimissione dal carcere, in collaborazione con Enti e organismi operanti nel settore, e necessario prevedere — oltre alle prestazioni di cui si è parlato, ove applicabili — interventi specifici quali la ricerca di una occupazione, il reinserimento nell'ambiente familiare e sociale di appartenenza, il temporaneo accoglimento presso gruppi famiglia per adulti o comunità terapeutiche. Per soggetti adulti gravissimi, a causa di handicap fisico-psichico è da prevedere una struttura residenziale — tipo casa protetta — multizonale; per soggetti che godono di sufficiente autonomia sono da privilegiare le forme cooperativistiche.

3.8.3 Organizzazione del servizio

Premesso che l'art. 11 della legge regionale 10/1980 stabilisce che, in attesa della legge di riforma sull'assistenza pubblica, le UU.SS.LL. possono esercitare le funzioni di cui agli artt. 22 e 23 del D.P.R. 616/1977 qualora i comuni ne decidano l'affidamento, là dove ciò avviene l'ufficio di direzione della USL provvede al coordinamento di tali funzioni attraverso un responsabile del servizio, nominato dal comitato di gestione, in possesso dei requisiti specifici di professionalità ed esperienza in materia di assistenza sociale, nonché della relativa qualifica, richiesta dalle norme legislative e contrattuali del personale delle UU.SS.LL.

Tale funzione — in attesa della citata legge di riforma — può essere esercitata anche attraverso l'istituto del comando dal comune di proprio personale che opera nel settore assistenziale.

3.8.4. Obiettivi per il triennio

Per il primo triennio si prevede:
a) rilevamento del fabbisogno con indagine mirata in collaborazione con i servizi di base;
b) rilevamento dei servizi di base operanti;
c) coordinamento dei servizi già funzionanti nonché avvio di quelli previsti dal piano socio-sanitario.

Entro il 1982 la giunta regionale predispone la proposta di legge regionale di riordino dei servizi socio-assistenziali.

Si procede inoltre, in particolare per quanto riguarda la realizzazione dei progetti-obiettivo e l'avvio dell'attività distrettuale, alla integrazione delle attività sanitarie gestite dalle UU.SS.LL. e quelle socio-assistenziali gestite dai comuni singoli, secondo quanto previsto dal piano e dalle leggi regionali vigenti.

4. SERVIZI INTEGRATIVI A VALENZA MULTIZONALE (operanti a livello di più UU.SS.LL.)

4.1. LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA

4.1.1. Definizione del ruolo. Assorbimento dei servizi preesistenti

A supporto della attività dei servizi centrali di USL ed in particolare del servizio di igiene e sanità pubblica di cui al terzo comma, punto 1, dell'art. 14, legge regionale n. 24 del 24 aprile 1980, per gli interventi che richiedono indagini complesse o competenza specialistica anche pluridisciplinare non decentrabili per ragioni di economia di scala, sono previsti servizi integrativi multizonali aventi struttura polifunzionale (laboratori di sanità pubblica).
Fino alla approvazione della apposita legge regionale l'area impiantistico-infortunistica è posta alle dirette dipendenze dell'ufficio di direzione della USL di competenza.
Il laboratorio di sanità pubblica ha compiti di controllo, recepimento e valutazione tecnica dei dati, consulenza, ricerca applicata ai problemi via via emergenti nel territorio. Il servizio di igiene e sanità pubblica dell'USL trova a questo livello una competenza specialistica integrativa nei vari campi dell'igiene ambientale, che lo aiuteranno a risolvere problemi particolari, lo terranno aggiornato su problemi e tecnologie nuove, sulle leggi, su tutto quanto concerne la parte teorica degli studi, recependo nel contempo le notizie specifiche del territorio, da utilizzare per una programmazione generale da parte della regione.
Questa struttura, attrezzata con le più moderne tecnologie analitiche, deve essere in grado di rispondere a qualsiasi esigenza a volte con conoscenze e metodiche già pronte e quindi rapide, altre volte con vere e proprie ricerche applicate ai problemi.
Il laboratorio di sanità pubblica si configura come un tipico presidio multizonale definito dagli artt. 18 e 22 della legge 833/1978, risultante dalla fusione di presidi oggi distinti e di strutture separate per le quali deve essere prevista una riaggregazione anche sul piano spaziale oltre che funzionale:

- Laboratori provinciali di igiene e profilassi e centri di profilassi;
- E.N.P.I.;
- A.N.C.C.;
- Ispettorati del lavoro.

4.1.2. Assetto organizzativo

Da molti anni si va prospettando la necessità di unificare le competenze disperse nel settore della prevenzione e di procedere alla costituzione di un unico laboratorio interdisciplinare sulla base dei seguenti criteri:

- ricomprendere in un unico laboratorio di sanità pubblica tutte le competenze tecniche oggi separate;
- eliminare le attività improprie (committenze private, analisi per funzioni di diagnosi e cura, ecc.);
- qualificare maggiormente le attività, selezionando le tematiche di interesse primario e trasferendo ad altre strutture quelle ritenute meno pertinenti (indagini sull'uomo a fini diagnostici da trasferire ai laboratori ospedalieri);
- conservare nell'ambito del laboratorio di sanità pubblica alcuni tipi di indagini (microbiologiche, virologiche, sierologiche ed anche di chimica-clinica) eseguite sull'uomo a fini preventivi ed epidemiologici;
- ricercare un'articolazione interna per problemi ai quali destinare operatori di varia competenza, piuttosto che per settori di intervento verticali;
- trasformare il laboratorio da semplice esecutore, passivo e meccanico, di analisi e consulenza in una sede dinamica e propulsiva con lo sviluppo della ricerca applicata e il controllo alla funzione epidemiologica;
- ottenere l'integrazione delle diverse competenze specialistiche senza trascurare le necessarie e complesse specificità ;
- superare le innegabili difficoltà che, in relazione alla situazione attuale, ancora si frappongono all'adozione di modelli operativi flessibili ed elastici;

— introdurre procedure per lo sviluppo in senso interdisciplinare che rappresentano, realisticamente, l'unico strumento idoneo per promuovere nuovi modelli di professionalità.

Nella logica della razionalità economica e dell'economia di scala, i laboratori multizonali devono approfondire alcune competenze specifiche da utilizzare per un bacino di utenza esteso a tutto l'ambito regionale o addirittura a più regioni.

Esempi di tali competenze sono:

— la microbiologia (centro di riferimento, tipizzazione di ceppi microbici);
— la virologia (coltura ed identificazione di virus);
— la chimica e la tossicologia dei pesticidi;
— l'igiene del lavoro industriale (residui da solventi, da amianto, da polveri, ecc.);
— la radioprotezione, ecc.;
— le verifiche di tensioni di passo e contatto in grandi sottostazioni elettriche di trasformazione; idroestrattori; esami, documentazioni tecniche, apparecchi sollevamento, controlli impianti ed apparecchiature elettriche nelle camere operatorie.

Nella programmazione delle strutture a valenza regionale, per particolari scopi e necessità, possono essere coinvolti gli istituti universitari che trovano a questo livello le più adeguate possibilità di integrazione.

Il modello organizzativo di laboratorio coerente con le premesse sovraesposte prevede le seguenti aree di attività:

— chimica;
fisica;
— biologica;
— impiantistico-infortunistica.

L'area di attività chimica svolge specifici compiti di supporto tecnico per l'esercizio dell'attività di rilevazione e analisi dei fattori chimici di rischio ambientale.

L'area di attività fisica svolge specifici compiti di supporto tecnico per l'esercizio delle attività di controllo relative all'inquinamento da fattori fisici di rischio ambientale, ivi comprese le radiazioni ionizzanti.

L'area di attività biologica svolge specifici compiti di supporto tecnico per l'esercizio delle attività di rilevazione e analisi biologiche sui fattori di rischio e sui parametri indicatori di esposizione e di danno.

L'area di attività impiantistico-infortunistica svolge specifici compiti di supporto tecnico per l'esercizio delle attività di collaudo e verifica di macchine, impianti e mezzi di protezione.

L'organizzazione del lavoro all'interno del laboratorio di sanità pubblica si ispira al principio della interdisciplinarietà degli interventi. A tal fine e per garantire il coordinato esercizio dei compiti attribuiti al laboratorio, sono formati gruppi di lavoro permanenti e/o temporanei a carattere interdisciplinare tra il personale appartenente alle aree di attività sopra citate.

I gruppi di lavoro *permanenti* riguardano le seguenti problematiche:

— inquinamenti atmosferici;
— igiene delle acque e del suolo;
— igiene degli alimenti e delle bevande;
— igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro;
— macchine ed impianti soggetti a collaudi e verifiche a norma di legge ai fini della sicurezza.

I gruppi di lavoro *temporanei* sono invece finalizzati al raggiungimento di obiettivi specifici o alla soluzione di problemi particolari.

Presso ciascun laboratorio è costituito un sistema di pronta reperibilità di équipes di operatori, dotate delle professionalità complementari necessarie per interventi intesi a fronteggiare situazioni di emergenza comportanti gravi pericoli per la salute pubblica, l'igiene o l'ambiente.

Ne deriva così la necessità di un collegamento funzionale, riconducibile alla figura di un referente di gruppo inteso come punto di riferimento dell'attività e come sintesi ed espressione delle decisioni e delle capacità che il gruppo esprime all'interno di un rapporto aperto e dialettico.

Sembra perciò evidente che, proprio per il ruolo che è chiamato a svolgere, il referente debba essere emanzione del gruppo (primus inter pares). Condizione indispensabile per la sopravvivenza della figura autentica del referente e per instaurare costruttivi rapporti di lavoro è una prassi che garantisca il massimo della partecipazione attiva e del contributo da parte dei singoli.

Mentre la gestione politica ed amministrativa dei laboratori è ricondotta agli organi di gestione delle UU.SS.LL. dove hanno sede secondo le modalità fissate ex art. 13 della legge regionale 24/1980, spetta a un *comitato tecnico* di laboratorio la gestione dei collegamenti e dei rapporti tra i gruppi di lavoro, quale momento qualificante per non ricadere nella logica dei compartimenti stagni.

Questo organismo è costituito dai responsabili delle aree di attività, dai referenti dei gruppi e da rappresentanti delegati di volta in volta dal personale sulla base della specificità dei problemi e dei temi che il comitato è chiamato a discutere.

Il comitato tecnico è presieduto con incarico a rotazione da uno dei responsabili delle aree di attività o da uno dei referenti dei gruppi permanenti di lavoro appartenente alla posizione apicale.

I compiti che il comitato tecnico di laboratorio è chiamato ad assolvere sono sostanzialmente diretti a realizzare un'attività dipartimentale tra le diverse aree come previsto dalla legge regionale 24/1980 che possono essere tra l'altro:

- individuazione dei componenti dei gruppi di lavoro e gestione costante e continua del collegamento tra i medesimi;
- organizzazione del lavoro e ripartizione del carico tra i gruppi sulla base delle richieste del territorio;
- pareri, proposte ed elaborazione di piani di intervento del laboratorio nei confronti dell'organo politico-amministrativo di gestione.

Per la disciplina dell'organizzazione interna del laboratorio di sanità pubblica e la sua collocazione all'interno dell'USL si fa rinvio alla legge regionale prevista dalla legge 833/1978 e dal secondo comma dell'art. 13 della legge regionale n. 24/1980.

4.1.3. Scelte di localizzazione e dimensionamento dei servizi. Ambiti di intervento. Figure professionali richieste

I parametri da prendere in considerazione per stabilire la localizzazione ed il dimensionamento dei presidi multizonali di prevenzione sono molteplici e tra loro interdipendenti:

- numero di abitanti, densità demografica, concentrazione di popolazione;
- localizzazione e densità delle zone industriali;
- popolazione equivalente in base alle attività industriali, agricole, zootecniche, artigiane;
- estensione territoriale assoluta e relativa alle acque superficiali da sottoporre a controllo.

La localizzazione dei laboratori di sanità pubblica nel territorio regionale si configura fisiologicamente tenendo conto dei bacini degli attuali laboratori provinciali di igiene e profilassi. Un laboratorio di sanità pubblica avrà pertanto sede nell'USL n. 3 (*Pesaro*) come supporto integrativo alle seguenti zone:

USL n. 1: ab. circa 17.000. Attività turistiche agricole e zootecniche.
USL n. 2: ab. circa 19.500. Attività turistiche, agricole e zootecniche.
USL n. 3: ab. circa 116.000. Attività turistiche, industriali, nei settori metalmeccanico e del mobile.

USL n. 4: ab. circa 74.000. Attività turistiche, della pesca ed attività connesse; piccola industria metalmeccanica.

USL n. 5: ab. circa 39.500. Attività turistiche, piccola e media industria.

USL n. 6: ab circa 32.500. Attività agricole e zootecniche prevalenti; industria manifatturiera (abbigliamento).

USL n. 7: ab. circa 36.000. Attività prevalentemente agricole e zootecniche; piccole attività artigianali.

Un secondo laboratorio avrà sede nell'USL n. 12 (*Ancona*) come supporto alle:

USL n. 8: ab. circa 66.500. Attività turistiche, agricole, zootecniche, artigianali, piccolo-medio industriali.

USL n. 9: ab. circa 53.000. Attività turistiche, raffineria di petrolio, fabbrica di concimi chimici, piccole imprese.

USL n. 10: ab. circa 98.500. Attività agricole, piccolo-industriali e zootecniche.

USL n. 11: ab. circa 65.000. Attività prevalentemente medio-industriali di tipo metalmeccanico, modesta attività agricola, cartiere, concerie.

USL n. 12: ab. circa 125.000. Attività turistiche, cantieri navali, attività portuali con movimento di granaglie e minerali polverulenti, raffinazione di vegetali, industrie galvaniche.

USL n. 13: ab. circa 41.500. Attività prevalentemente agricole, zootecniche, galvaniche e piccola industria. Particolarmente elevata la concentrazione di industrie galvaniche.

Il laboratorio compreso nell'USL n. 15 *(Macerata)* costituirà il supporto alle UU.SS.LL.:

USL n. 14: ab. circa 55.000. Attività turistiche; galvaniche; piccole industrie, attività agricole e zootecniche.

USL n. 15: ab. circa 89.000. Attività commerciali; piccola e media industria; attività agricole e zootecniche.

USL n. 16: ab. circa 55.000. Attività turistiche; attività artigianali nel settore calzaturiero.

USL n. 18: ab. circa 21.500. Attività prevalentemente agricole e zootecniche; piccolo artigianato.

USL n. 19: ab. circa 41.000. Attività prevalentemente agricole, piccolo e medio-industriali; concerie, mobilifici e industria dell'abbigliamento.

USL n. 20: ab. circa 17.000. Attività turistiche, agricoltura e zootecnia.

Infine, il laboratorio di sanità pubblica ubicato nell'USL n. 24 (*Ascoli Piceno*) servirà da supporto alle seguenti UU.SS.LL.:

USL n. 17: ab. circa 61.500. Attività prevalentemente artigiana nel settore del cuoio e pellami (calzature).

USL n. 21: ab. circa 86.500. Attività turistiche, agricoltura, zootecnia, artigianali e piccolo-industriali con prevalenza elettromeccanica.

USL n. 22: ab. circa 91.000. Attività turistica molto importante, pesca ed attività connesse, industrie per trasformazione di prodotti ittici ed ortofrutticoli, agricoltura ed attività agro-industriali, industria-metalmeccanica.

USL n. 23: ab. circa 17.000. Attività agricole, artigianali e zootecniche.

USL n. 24: ab. circa 99.500. Attività industriali nel settore chimico, agricoltura, artigianato.

Nei laboratori di sanità pubblica operano, nell'ambito delle rispettive aree di attività, le seguenti figure professionali: medici, chimici, biologi, fisici, personale tecnico sanitario, personale di vigilanza ed ispezione, ingegneri, geologi, operai specializzati di laboratorio. Ad ogni area di attività è preposto un responsabile.

Gli organici orientativi per i quattro laboratori di Sanità Pubblica sono quelli indicati nella seguente tabella 4.1.03.

Tabella n. 4.1.03

	Ancona	*Macerata*	*Ascoli P.*	*Pesaro*
MEDICI	9*	5	5	5
BIOLOGI	6 (+2)	6 (+4)	6 (+5)	7 (+ 9)
CHIMICI	7	7	7	7
FISICI	3	3	2	2
INGEGNERI	3	2	3	2
COLLAUDATORI e VERIFICATORI di macchine ed impianti a norma di legge ai fini della sicurezza	30	16	18	18
GEOLOGI	1	1	1	1
ASSISTENTI TECNICI (tecn. amb. periti.)	30 (+4)	26 (+4)	30 (+6)	30 (+12)
AGENTI TECNICI (disinfettori; operai.)	20 (+4)	15 (+6)	16 (+ 7)	16 (+14)
PROGRAMMATORI	2	2	2	2

* Comprensivi anche di quelli per l'attività virologica.

NOTA: I numeri tra parentesi indicano le unità di personale che devono essere addestrate per la loro collocazione nei servizi di igiene e sanità pubblica delle UU.SS.LL. per le quali il laboratorio di sanità pubblica svolge in una prima fase funzione vacariante. Pertanto i costi di tale personale sono stati computati nelle singole unità di appartenenza al momento della quantificazione della spesa.

4.1.4. Correlazione con i servizi delle UU.SS.LL. di riferimento e con altri servizi

L'attività di laboratorio di sanità pubblica si attua attraverso interventi *indiretti* (a seguito di richieste avanzate dalle UU.SS.LL. facenti parte del bacino di utenza ed, in particolare, da parte dei servizi di igiene e sanità pubblica e di quelli veterinari) e *diretti* svolti, cioè, in risposta a precisi obblighi di legge ovvero secondo specifiche programmazioni di obiettivi concordate con una o più UU.SS.LL. (progetti speciali: indagini epidemiologiche).
I risultati delle analisi condotte dovranno sempre pervenire al comitato di gestione e ai servizi delle USL (servizi di igiene e sanità pubblica e servizi veterinari).
Condizione necessaria per un corretto funzionamento dei laboratori di sanità pubblica è la programmazione da parte delle UU.SS.LL. delle attività da svolgere così da rendere gestibili e produttivi gli interventi sia indiretti che diretti.
L'attività dei laboratori è svolta con le procedure fissate dall'art. 13 (ultimo comma) della legge regionale 24/1980 sulla base di un piano di lavoro predisposto annualmente, sentito il comitato tecnico del laboratorio.
Determinante a tale proposito è il ruolo di formazione e di aggiornamento del personale delle UU.SS.LL. che i laboratori rivestono come sede delle relative attività didattiche e di tirocinio pratico.
E' proprio mediante tale attività infatti che:

1) si permette una completa conoscenza e una razionale utilizzazione delle attrezzature del laboratorio di sanità pubblica evitando, a livello di USL, l'acquisto di attrezzature estremamente costose che potrebbero rimanere sottoutilizzate e realizzando così economie di acquisto e di gestione;
2) si mette a disposizione degli operatori delle UU.SS.LL. l'attrezzatura più moderna possibile e che copre tutte le esigenze attuali ed emergenti dalle varie realtà territoriali, nel modo più razionale ed economico;
3) si consente agli operatori dei servizi di igiene e sanità pubblica e veterinario una professionalità costantemente al passo con le tecniche più moderne, evitando una settorializzazione troppo accentuata ed una mancanza di aggiornamento scientifico;

4) si acquisisce una uniformità di tecniche analitiche e di intervento che permette poi una valutazione univoca e coerente dei dati acquisiti ed interventi di risanamento coordinati fra le varie UU.SS.LL.;
5) si consente infine l'interscambio di esperienze comuni o particolari fra operatori con il risultato di potenziare il rispettivo patrimonio professionale.

4.1.5. Obiettivi per il triennio

1) Procedere nel più breve tempo possibile al riordino dei laboratori provinciali di igiene e profilassi, in modo da prefigurare la base per il laboratorio di sanità pubblica, con le caratteristiche prima indicate.
   In primo luogo e necessario ed opportuno andare ad una riconversione delle attività svolte, specie dalle sezioni medico-micrografiche, eliminando quelle improprie (come: le analisi chimico-cliniche) che vanno ricondotte nelle loro sedi naturali e riducendo al massimo le attività esercitate per conto di terzi a meno che queste non vengano richieste per corrispondere a precise esigenze, ad esempio di commercio con l'estero.
   Dovrà essere invece rivolta piu attenzione ai controlli microbiologici, parassitologici, dell'acqua, del suolo, dell'abitato, degli alimenti, come di ogni altro materiale (farmaci) per le esigenze della salute pubblica.
   Particolari competenze in campo chimico-clinico potranno venire utilizzate per funzioni specifiche, come indagini tossicologiche per esposti a rischi particolari (in agricoltura, nell'industria, nell'artigianato, ecc.) tanto ai fini preventivi che epidemiologici.
   Sono necessari inoltre interventi di potenziamento e di riorganizzazione per rendere il laboratorio in grado di assolvere anche al complesso di nuove attività che vengono ad esso attribuite; basti solo accennare a quelle relative al controllo degli inquinanti negli ambienti di lavoro, del suolo e delle acque.
2) Procedere all'aggregazione, sia sul piano funzionale sia, per quanto è possibile, anche sul piano strutturale, delle funzioni precedentemente svolte in maniera settoriale dai laboratori provinciali di igiene e profilassi, dall'ispettorato del lavoro, dall'ENPI, dall'ANCC e attivare rapporti di integrazione sul piano operativo con l'Istituto Zooprofilattico.
3) Provvedere alla ristrutturazione dei laboratori multizonali di Ancona e Macerata le cui sedi sono inadatte a svolgere i compiti assegnati.
4) Procedere alla copertura degli organici indicativi di cui alla tabella 4.1.0.3.
5) Contribuire alle attività di formazione e di aggiornamento del personale, soprattutto di quello destinato alle UU.SS.LL.
6) Contribuire alla realizzazione dei progetti-obiettivo ed in particolare, di quello relativo alla tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro.

Ciascun laboratorio multizonale di sanità pubblica deve acquisire precisi compiti conoscitivi, tecnici ed analitici ad elevato contenuto specialistico da svolgere a copertura dello specifico fabbisogno di tutto il territorio regionale.

Tale funzione può avere anche carattere temporaneo, ad esempio per l'assolvimento dei compiti nel controllo dei progetti-obiettivo e si può configurare come attività di studio e di ricerca su temi di particolare interesse per la regione.

Si configura in tal modo un terzo livello laboratoristico con valenza regionale la cui organizzazione e il cui sviluppo dovrebbero consentire non soltanto di saldare più profondamente l'attività dei laboratori di sanità pubblica con l'istituto superiore di sanità, con l'istituto superiore per la prevenzione e sicurezza sul lavoro e con l'università ma anche di migliorare l'interscambio funzionale e culturale fra gli stessi laboratori della regione.

In una prima fase può essere previsto a titolo di esempio che:
- nell'USL 12 (Ancona) devono essere potenziate le funzioni di virologia (coltura ed identificazione dei virus);

- sempre nell'USL 12 il laboratorio multizonale di Ancona deve configurarsi come laboratorio di riferimento per:
  1) indagini particolareggiate sull'inquinamento marino;
  2) consulenza ed interventi speciali nel campo delle disinfezione, e derattizzazione;
  3) analisi dei vini da esportazione;
  4) ànalisi di residui di pesticidi e antiparassitari.

Il laboratorio di Ancona può, inoltre, mettersi a disposizione dei laboratori multizonali che ne siano sprovvisti con il mezzo mobile antinquinamento (aria, acqua):

- nell'USL 24 il laboratorio multizonale di Ascoli Piceno deve costituire punto di riferimento per:
  1) controlli sugli alimenti (orto-frutta) e sui loro prodotti di trasformazione;
  2) ricerca dei batteri anaerobi;
  3) controlli ambientali per amianto;
  4) indagini di igiene industriale con particolare riferimento all'attività calzaturiera;
- nell'USL 3 il laboratorio multizonale di Pesaro deve acquisire valenza regionale per:
  1) indagini di igiene industriale con particolare riferimento alla lavorazione del legno (mobilifici) e all'industria ceramica;
  2) tipizzazione delle salmonelle;
- nella USL 15 il laboratorio multizonale di Macerata deve acquisire compiti specialistici nei settori:
  1) rilevamento e determinazione di inquinamenti atmosferici;
  2) controlli di contaminazione di prodotti ortofrutticoli;
  3) indagini di igiene industriale con particolare riferimento a lavorazioni metallurgiche e strumenti musicali.

Tutti i laboratori multizonali, inoltre, sono chiamati a svolgere una insostituibile funzione in collaborazione con gli istituti universitari, per la formazione e l'aggiornamento del personale laureato e diplomato.

L'università, infatti, nell'ambito delle convenzioni di cui all'art. 39 della legge 833/1978:

- potrà riconoscere molteplici occasioni di interscambio con i laboratori di sanità pubblica dei quali rappresenta il più naturale interlocutore culturale;
- potrà utilizzare strutture ed attrezzature a fini didattici e di ricerca ricevendo garanzia di continuità nella preparazione tecnica delle scuole di specializzazione;
- potrà collaborare all'aggiornamento del personale tecnico ed allo scambio di esperienze e consulenze in tutti i settori di interesse locale e generale.

4.2. SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

4.2.1. Definizione del ruolo

Tale attività la cui collocazione sarà presso il servizio di "igiene e sanità pubblica, dell'ambiente e dell'alimentazione, prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, educazione sanitaria della popolazione e formazione degli operatori sanitari", di alcune UU.SS.LL. svolgerà funzioni di consulenza per il territorio di propria competenza sui seguenti problemi:

- esami dei ricorsi contro le valutazioni delle UU.SS.LL. in tema di responsabilità assistenziale;
- consulenza nell'interesse del servizio sanitario se chiamato in causa di fronte all'autorità giudiziaria;
- accertamenti e valutazioni delegati dagli organi ministeriali;
- raccolta ed elaborazione dei dati regionali di competenza per l'inoltro agli organi centrali (autorità sanitaria regionale, ministeri competenti).

4.2.2. Assetto organizzativo

Personale da prevedersi come necessario:
— 1 dirigente
— 1 assistente sanitario
— 1 infermiere professionale.

4.2.3. Scelte di localizzazione e UU.SS.LL. di riferimento

Precisato che tale servizio svolge funzione di "appello" è chiaro che le altre funzioni debbono essere svolte a livello zonale.
La localizzazione è nelle UU.SS.LL. nn. 3, 12, 15 e 24 sulle quali fanno rispettivamente riferimento le UU.SS.LL.:
USL n. 3: 1, 2, 4, 5, 6, 7;
USL n. 12: 8, 9, 10, 11, 13;
USL n. 15: 14, 16, 18, 19, 20;
USL n. 24: 17, 21, 22, 23.

4.2.4. Correlazioni con altri servizi

Le attività di medicina legale consistono sostanzialmente in giudizi di revisione o di II istanza amministrativa. Fatto che richiede l'impiego, a seconda delle esigenze, delle strutture diagnostico-strumentali esistenti presso i diversi presidi.

4.2.5. Obiettivi per il triennio

Completare l'organizzazione dei servizi già esistenti (UU.SS.LL. 12 e 15) ed attivare i mancanti, verificando nel contempo la congruità delle loro modalità operative.

4.3. SERVIZI OSPEDALIERI INTEGRATIVI

4.3.1. Definizione

Si definiscono servizi ospedalieri integrativi quei servizi di diagnosi e cura e quei reparti di degenza che possono essere aggiunti, nei diversi stabilimenti ospedalieri, all'insieme minimo definito al precedente par. 3.7.2.
I servizi ospedalieri integrativi sono quelli elencati nella tabella n. 4.3.01 che possono essere istituiti negli stabilimenti ospedalieri solo conformemente alle indicazioni di piano.
Nella tabella suddetta non si ritrovano compresi alcuni servizi di diagnosi e cura e reparti di degenza, che il presente piano, di regola, non prevede di porre in esercizio nella regione per i motivi esplicati nella tabella n. 4.3.02.
Resta ovviamente inteso che l'università (Facoltà di Medicina e Chirurgia), per corrispondere ai propri fini istituzionali, può scegliere nella propria autonomia di istituire corsi per altre diverse discipline rispetto a quelle elencate nel presente capitolo.
La Regione e le UU.SS.LL., per le rispettive competenze, per i fini e gli obiettivi del S.S.N., valuteranno l'opportunità e le modalità di utilizzo di tali competenze attraverso la stipula delle convenzioni di cui all'art. 39 della legge 833/1978.

4.3.2. Criteri per il dimensionamento del servizio ospedaliero

Elementi di partenza per il dimensionamento del servizio ospedaliero sono:

a) il tasso di spedalizzazione e cioè il numero di abitanti ogni 1.000 che si ricovera in ospedale;
b) il flusso di ricovero e cioe la quantità di ricoverandi che affluisce ai diversi servizi ospedalieri;
c) la durata di degenza media e cioè i giorni che ogni ricoverato trascorre in ospedale;
d) il tasso di utilizzazione degli stabilimenti ospedalieri.

Il *tasso di spedalizzazione* delle Marche supera quello medio nazionale:

MARCHE 2.038,10 per 10.000 abitanti
ITALIA 1.554,01 per 10.000 abitanti

ed esso non appare destinato a salire, sopratutto perché nella Regione si osserva una contrazione del numero dei ricoverati.

Le ipotesi di ridurre il tasso di spedalizzazione sono piu che legittime atteso che, anche diminuendo il tasso suddetto del 20 per cento, si arriverebbe ad un valore (1.630,48) sempre più alto della media nazionale sopracitata.

D'altra parte non risultano esistere nelle Marche situazioni demografiche od ambientali tali da produrre, in numero superiore alla media nazionale, situazioni patologiche richiedenti ricovero ospedaliero.

Dall'esame di un largo campione relativo al 1976, (tab. 4.3.03) emerge che il tasso di spedalizzazione varia tra USL e tale variazione trova giustificazione in una certa misura e fino ad un certo limite, nella diversa composizione per età della popolazione; ma le diversità che si riscontrano non possono essere completamente giustificate in tal modo.

Le UU.SS.LL. nelle quali il tasso di spedalizzazione globale supera quello medio regionale sono 15 con punta massima nell'USL 8 (tab. 4.3.04), ma tale considerazione è priva di significato ove non si tenga conto della diversa composizione di popolazione per età. Se si applicano ai diversi gruppi di popolazione di una USL i tassi medi di spedalizzazione regionale si determina un *tasso di spedalizzazione convenzionale*, cioè quello che si avrebbe se il comportamento della USL fosse sostanzialmente identico a quello medio regionale. Quando il tasso di spedalizzazione reale supera quello convenzionale si è certo in presenza di un fenomeno di iperspedalizzazione che comunque occorre analizzare.

Nella tabella n. 4.3.04 sono riportati anche i tassi di spedalizzazione convenzionale da cui risulta che le UU.SS.LL. nelle quali il fenomeno è più sentito sono le seguenti:

Tabella n. 4.3.04

USL	*Tassi di spedalizzazione* *convenzionale*	*reale*	*Aumento percentuale del tasso reale rispetto a quello convenzionale*
8	1.952,68	2.359,34	+ 20,83
17	1.887.08	2.249,36	+ 19,20
2	1.963,74	2.301,56	+ 17,20
16	1.908,06	2.201,63	+ 15,39
6	1.955,75	2.233,44	+ 14,20
22	1.896,59	2.164,06	+ 14,10
4	1.936,48	2.190,71	+ 13,13
11	2.014,95	2.274,36	+ 12,87
5	1.943,11	2.159,76	+ 11,15
13	1.914,77	2.058,09	+ 7,48
18	2.020,59	2.121,84	+ 5,01
23	1.960,67	2.030,90	+ 3,73
21	1.948,16	2.004,32	+ 2,88
7	2.010,69	2.028,22	+ 0,87

Questa riscontrata maggiore spedalizzazione non appare sufficientemente motivata poichè non risultano esistere nelle Marche situazioni così diverse in materia di caratteristiche ambientali da indurre così rilevanti variazioni nelle patologie emergenti, ne è da ritenere che la domanda prema alle porte, altrimenti non troverebbero giustificazione alcuna i posti letto di troppo che esistono in tutti, o quasi, gli stabilimenti ospedalieri.

Sul fenomeno della spedalizzazione eccessiva possono influire due fatti:

a) l'elevata dotazione di posti letto.
Non è un caso che (tab. n. 4.3.05) su 11 casi di spedalizzazione spinta (scarto tra tasso reale e tasso convenzionale di spedalizzazione superiore al 5 per cento), 7 siano ricompresi nella metà superiore della serie ordinata per quoziente di posti letto e solo 4 in quella inferiore;

b) l'eccessivo ricorso all'uso di ricovero ospedaliero per gli ultrassessantacinquenni. Non è un caso che (tab. n. 4.3.04) tutte le UU.SS.LL. riportate nel prospetto che precede esprimono anche una spedalizzazione degli ultrassessantacinquenni superiore a quella media regionale, fatto che fa ritenere un uso improprio dello stabilimento ospedaliero per ricoveri di anziani che potrebbero meglio essere ospitati in una struttura alternativa.

I fatti suesposti sono strettamente collegati nel senso che l'aumento dei posti letto può essere stato indotto da una domanda di ricovero improprio alla quale si è voluto dare risposta sanitaria e non sociale, come anche a costruzione avvenuta dei posti letto si è scelto di accettare i ricoveri impropri per utilizzare quei posti di nuova costruzione, utilizzazione peraltro che, pur incrementando i ricoveri oltre misura, è stata raggiunta in minima parte.

Ma si osserva ancora (tab. n. 4.3.05) che là dove si abbonda nei ricoveri degli anziani si ha che, di regola, i tassi di popolazione per gruppi di età siano superiori a quelli medi regionali, il che dimostra che l'uso improprio dell'ospedale si generalizza, fatto che dipende dalla limitata o nessuna azione di filtro, svolta a livello extra-ospedaliero (medici convenzionati e poliambulatorio).

Per questo per le 14 UU.SS.LL. riportate nel prospetto precedente deve porsi con forza l'accento sulla necessità prioritaria di procedere al riordino dei servizi di base.

I *flussi di ricovero* sono individuabili, nelle loro grandi linee, attraverso i dati riassunti nella gia richiamata tabella n. 4.3.03, che mette in luce, USL per USL, le grandi direttrici di ricovero: verso gli stabilimenti ospedalieri esistenti nella stessa USL, verso gli stabilimenti ospedalieri di Ancona e verso gli stabilimenti ospedalieri di altre UU.SS.LL.

La larga diffusione sul territorio regionale di reparti non necessari — come è dimostrato dal loro basso indice di utilizzazione — o di reparti sovradimensionati, è tale per cui tutti gli stabilimenti ospedalieri, salvo quattro eccezioni, risultano troppo grandi rispetto alla domanda, come si rileva dalla lettura delle tabelle n. 4.3.06 e n. 4.3.07 che, sinteticamente, portano a concludere:

a) nel 1979 i posti-letto in esercizio negli ospedali pubblici erano 14.707 (1);

b) le presenze medie giornaliere, sempre nel 1979, sono state 8.378,86; se ne deduce che i posti-letto in esercizio sono stati utilizzati al 56,97 per cento, valore estremamente basso essendo auspicabile l'operare intorno all'80 per cento come media regionale;

c) le presenze medie giornaliere suddette possono essere garantite da:
   - 10.465 posti letto, ove si vogliano lasciare in esercizio tutti gli stabilimenti ospedalieri esistenti (ed in questo caso i posti-letto di troppo sarebbero 4.242);
   - 9.702 posti-letto, ove ci si orienti ad un solo stabilimento ospedaliero per USL (ed in questo caso i posti-letto di troppo salirebbero a 5.005).

Si è anche ritenuto opportuno calcolare cosa succederebbe se le presenze medie giornaliere si riducessero, il che può avvenire sia per riduzione del tasso di spedalizzazione, sia per

(1) A questi vanno aggiunti 1300 posti-letto in 14 case di cura private che, sempre nel 1979, hanno avuto 29.136 ricoveri con 375.237 giornate di degenza e 800 posti-letto dell'INRCA. Nel 1980 la dotazione di posti-letto è rimasta pressoché invariata.

contrazione della durata media di degenza e sia, infine, per entrambe le cause:

a) a fronte di una riduzione del 5 per cento, i posti-letto necessari risulterebbero: 9.204 posti-(letto di troppo: 5.503);
b) a fronte di una riduzione del 10 per cento, i posti letto necessari risulterebbero: 8.751 (posti-letto di troppo: 5.956);
c) a fronte di una riduzione del 15 per cento, i posti letto necessari risulterebbero: 8.296 (posti-letto di troppo: 6.411);
d) a fronte di una riduzione del 20 per cento, i posti letto necessari risulterebbero: 7.845 (posti-letto di troppo: 6.862).

Quanto sopra, che viene precisato a fini metodologici, ha lo scopo di chiarire che l'assetto organizzativo ospedaliero esistente non viene considerato ottimale. Al contrario, esso appare suscettibile di profonde innovazioni qualitative, a condizione che si rinunci a porre l'accento sugli aspetti quantitativi, certo più appariscenti all'atto della loro presentazione, ma forieri di problemi successivi.

Basti ricordare che nel settennio 1971-1978 i posti-letto sono cresciuti del 24,01 per cento, mentre la loro utilizzazione è scesa del 14,42 per cento.

D'altra parte il piano sanitario nazionale — ponendo l'obiettivo di ridurre entro 6 anni i posti-letto a 6 ogni 1.000 abitanti, secondo un metodo, che non si condivide per i motivi già esposti al par. 3.6.3. — porta a prevedere per le Marche 8.400 posti-letto e per raggiungere tale situazione occorre necessariamente ridurre il carico ospedaliero di circa il 15 per cento.

Tutto ciò premesso, si conclude che il calcolo del fabbisogno dei posti-letto non può essere impostato sulla base di una formula universalmente valida, ma va eseguito secondo un metodo ragionato che:

a) parta dalle condizioni esistenti e precisamente:
   — dal carico storico affluito nei diversi stabilimenti ospedalieri;
   — dalla durata media di degenza in ciascuno stabilimento;
   — dal tasso di utilizzazione reale riscontrato per ogni stabilimento;
b) valuti la possibilità di introdurre modifiche ai flussi storici, soprattutto garantendo a tutte le UU.SS.LL. uno stabilimento ospedaliero completo e cioè rispondente ai requisiti minimi di cui al par. 3.6.2.;
c) persegua costantemente l'obiettivo dello stabilimento ospedaliero unico per ogni USL;
d) determini il numero dei posti-letto necessari.

Una volta stimato, con i suddetti criteri, il fabbisogno globale e per specialità di posti letto per la regione (cfr. tab. 4.3.08), la determinazione dei posti letto per singola USL è stata effettuata in tale modo:

— per la specialità di medicina generale e chirurgia generale si è mantenuto il calcolo relativo al recupero dei flussi storici nei vari stabilimenti;
— per le altre specialità si sono individuati differenti bacini di utenza su alcuni "poli" così da ottenere una maglia riequilibrata tra le diverse provincie ed a vantaggio della fascia montana.

Va ricordato che la dimensione demografica di alcune UU.SS.LL. è tale per cui da quelle popolazioni non può sorgere una domanda di ricovero ospedaliero che raggiunga dimensioni tali che giustifichino l'esistenza di uno stabilimento ospedaliero, e, di conseguenza, non possono sorgere domande specifiche in materia di ostetricia-ginecologia o di pediatria tali da giustificare la divisione minima da 30 letti (alla quale corrispondono 40.000 abitanti per l'ostetricia-ginecologia e 60.000 per la pediatria) e, talvolta, neppure la sezione minima da 15 letti (alla quale corrispondono, rispettivamente 20.000 e 30.000 abitanti).

D'altra parte esiste la necessità di assicurare a tutte le UU.SS.LL. una idonea presenza di specialisti e ciò può ottenenersi più facilmente garantendo al tempo stesso presenze ambulatoriali e ospedaliere.

Per tale motivo potrebbe anche accettarsi — in una soluzione necessariamente transitoria, in attesa dell'assetto dipartimentale degli stabilimenti ospedalieri — la presenza in una USL di una sezione di pediatria e una sezione di ostetricia-ginecologia sottodimensionata, quando ciò fosse

condizione per garantire a quella USL la presenza di due specialità, anche a supporto dei servizi di base.

Concludendo sui servizi ospedalieri di base si precisa che:

a) essi debbono essere garantiti ad ogni USL;
b) il loro dimensionamento deve essere, di regola, proporzionata alla domanda espressa dall'USL di insediamento, pur tenendo conto dei flussi diretti o provenienti da altre UU.SS.LL.;
c) la loro collocazione ottimale deve avvenire in un unico stabilimento ospedaliero.

Passando ai servizi ospedalieri integrativi confermando la scelta che essi possono innestarsi soltanto su stabilimenti ospedalieri che già dispongono dei requisiti di cui al par. 3.6.2., i criteri per la loro ripartizione territoriale sono diversi a seconda delle loro caratteristiche e del loro presumibile bacino di alimentazione, tenendo comunque presente la necessità di una loro equilibrata diffusione nel territorio.

La tabella n. 4.3.09. riporta la ipotesi di distribuzione territoriale dei reparti di degenza, mentre la tabella n. 4.3.10. si riferisce alla ipotesi relativa ai servizi di diagnosi e cura.

La tabella n. 4.3.11. riporta il fabbisogno dei posti-letto per singola USL.

4.3.3. Scelte di localizzazione

Il confronto tra le previsioni e lo stato di fatto (cfr. tab. 4.3.12.) porta alle seguenti considerazioni:

a) considerato che l'ospedale minimo — ai sensi della vigente legislazione — deve disporre di 130 posti-letto si ha che l'ipotesi di lasciare in esercizio tutti gli stabilimenti ospedalieri esistenti porta alle conseguenze che, prima o poi, ben 43 degli attuali 68 stabilimenti saranno al di sotto di tale dimensione, mentre nel 1979 gli stabilimenti con meno di 130 posti-letto erano solo 22;
b) la previsione di concentrare i posti-letto in un solo stabilimento ospedaliero mostra che:
   - in 15 UU.SS.LL. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 15, 18, 19, 20, 23 e 24) esiste uno stabilimento ospedaliero sufficiente ad assorbire i flussi diretti a quelle UU.SS.LL.;
   - in 9 UU.SS.LL. (7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22) non esiste uno stabilimento ospedaliero sufficiente ad assorbire tutti i flussi a quelle UU.SS.LL.

Per quanto riguarda la dimensione minima degli ospedali si ritiene opportuno garantire, comunque, ad ogni singola USL uno stabilimento ospedaliero.

Di modo che per le 15 UU.SS.LL. suddette è certamente individuato lo stabilimento sul quale centrare l'attenzione, per la sua ovvia essenzialità. In questi casi si tratta di individuare modalità e tempi per la conversione delle sedi non necessarie.

Per le altre 9 UU.SS.LL. — premesso che in esse non esiste uno stabilimento ospedaliero di dimensioni tali da riassorbire nel suo seno tutti i flussi oggi gravanti su più sedi — si aprono problematiche diverse.

Tenuto conto di tale situazione, delle differenti condizioni strutturali degli edifici ospedalieri, ed in particolare delle diverse realtà comprensoriali, la ristrutturazione della rete ospedaliera marchigiana viene prevista in due tempi, secondo quanto esposto nel prospetto seguente:

USL	STABILIMENTI OSPEDALIERI CHE COSTITUISCONO LA RETE IN VIA DEFINITIVA		STABILIMENTI OSPEDALIERI CHE COSTITUISCONO LA RETE IN VIA TRANSITORIA	
	Già esistenti	*Da costruire o riordinare*	*Da convertire nel 1° triennio*	*Da convertire nella 2° fase*
1	Novafeltria			
2	Sassocorvaro		Macerata Feltria	
3	Pesaro		Mombaroccio. Pesaro (ex sanatorio)	
4	Fano		Fano (pediatrico) - Mondolfo	
5	Urbino		Sant'Angelo in Vado - Urbania	
6	Fossombrone		Mondavio	
7		Cagli		Pergola
8	Senigallia		Corinaldo - Ostra Vetere - Ostra	
9	Chiaravalle		Montemarciano	
10		Jesi "Murri"	Cupramontana - Filottrano - Jesi (ospedale civile) Montecarotto	Cingoli
11		Fabriano	Arcevia	Matelica - Sassoferrato
12		Ancona (Torrette)	Inizia subito la trasformazione	Ancona (altri)
13		Osimo *	Castelfidardo - Osimo *	
14		Recanati		Loreto
15		Macerata	Corridonia - Montecassiano - Pollenza	Treia
16	Civitanova Marche			
17		Sant'Elpidio a Mare		Montegranaro
18	San Severino Marche			
19	Tolentino		San Ginesio - Sarnano	
20	Camerino			
21		Fermo	Falerone - Petritoli	P. S. Giorgio - Montegiorgio
22	San Benedetto del Tronto		Montefiore dell'Aso - Ripatransone	
23	Amandola		Force	
24	Ascoli Piceno (Monticelli)		Ascoli Piceno (Mazzoni e Luciani) Offida	

NOTE * Cfr. tab 4 3 13 capitolo specifico

Entro il periodo di validità del presente piano, negli ospedali da convertire nella seconda fase le sezioni o divisioni di pediatria, ostetricia e ginecologia vengono integrate con le corrispondenti divisioni degli ospedali principali delle rispettive UU.SS.LL.

4.3.4. Correlazione con altri servizi

I problemi di correlazione di uno stabilimento ospedaliero sono di due tipi:
a) il raccordo con gli altri servizi della USL;
b) il raccordo con servizi ospedalieri collocati in altre UU.SS.LL.
Dei due il più facilmente risolvibile è il primo perché si tratta di servizi dipendenti da un polo unico di direzione.
In questo quadro, fondamentale è il rapporto tra servizi ospedalieri e servizi di territorio (di base e integrativi) ed il ruolo che giocano i servizi diagnostici ospedalieri.
Per quanto riguarda invece il raccordo tra i vari servizi ospedalieri collocati in UU.SS.LL. differenti, il problema va visto nell'ottica della cosiddetta *professionalità ospedaliera*, intesa come qualificazione:
— dei singoli operatori;
— del gruppo operante in un determinato servizio o reparto;
— dell'insieme dei servizi e reparti che costituiscono uno stabilimento ospedaliero, con valenze diverse a seconda della composizione qualitativa dello stabilimento stesso;
— dell'insieme della rete ospedaliera.
E' necessario introdurre meccanismi di correlazione tra servizi e reparti di un determinato stabilimento ospedaliero con altri servizi e reparti collocati in altri stabilimenti ospedalieri per:
a) assicurare la possibilità di avviare un ricoverato al luogo di cura più indicato;
b) garantire il necessario interscambio di informazione in materia di diagnosi e terapia;
c) consentire esperienze operative diverse al personale dipendente;
d) sviluppare un sistema metodico di formazione permanente.
Tali meccanismi appaiono di duplice natura:
a) correlazione tra servizi o reparti della medesima disciplina;
b) correlazione tra servizi o reparti di discipline diverse, ma integrabili;
e possono tradursi in un modello generale (correlazione di un servizio o reparto con qualsiasi altro servizio o reparto) e in tre modelli particolari:
a) correlazioni dei reparti di medicina generale con reparti di specialità mediche;
b) correlazioni dei reparti di chirurgia generale con reparti di specialità chirurgiche;
c) correlazioni tra loro dei reparti di ogni specialità.
Nel sistema ipotizzato si crea un sistema di interrelazione (dal basso in alto e viceversa) che, attraverso l'individuazione di "centri di riferimento" consente l'articolazione di necessari raccordi...

4.3.5. Obiettivi per il triennio

Costituiscono obiettivi per il triennio — premessa ad ogni obiettivo per il comparto ospedaliero — tutte le iniziative volte a rendere efficienti in primo luogo i servizi di base e quelle rivolte al riordino dei servizi integrativi e ciò con particolare riferimento alle UU.SS.LL. ad elevato tasso di spedalizzazione.
Costituiscono obiettivi specifici per il comparto ospedaliero:
a) l'emanazione di un provvedimento legislativo per il riordino degli stabilimenti su base dipartimentale. A tal fine un'apposita commissione della Regione — con rappresentanti dei medici ospedalieri, anche universitari — sarà istituita nel primo anno di attuazione del piano triennale, dando ad essa non oltre sei mesi di tempo per la elaborazione delle problematiche dipartimentali; tale commissione dovrà operare anche in ordine allo studio

sulle problematiche della differenziazione dei livelli di intervento di cui in chiusura del par. 4.3.4.;

b) la definizione in ogni USL di un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con la previsione di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di passare gradualmente dai posti-letto esistenti a quelli di obiettivo, con la progressiva riduzione del numero delle sedi ospedaliere presenti in ogni USL;

c) la definizione, in pari tempo, del programma di riqualificazione del personale ospedaliero che risulterà in soprannumero al fine di poterlo impiegare nei servizi territoriali.

Gli obiettivi particolari di ogni USL sono riassunti nella tab. n. 4.3.13. Nelle tab. nn. 4.3.14, 4.3.15 e 4.3.16 è indicato il fabbisogno di posti-letto e di personale medico e non medico, per reparto e per servizio, in ciascuna USL.

Mentre per il personale medico si sono seguite le indicazioni della legge 132/1968 e relativi decreti di attuazione, per il personale infermieristico ed ausiliario dei soli reparti, il fabbisogno è individuato tenendo conto del numero di degenti medi giornalieri prevedibili calcolati in base all'analisi dei flussi dei ricoverati.

Nell'ipotesi della permanenza in attività di un solo stabilimento ospedaliero per USL si è proceduto alla sommatoria delle presenze medie previste nei singoli ospedali facenti parte dell'USL.

Gli ausiliari sono stati calcolati come 1/3 del personale infermieristico; quest'ultimo è da considerare a livello di infermieri professionali. Nel corso dei prossimi anni dovrà infatti essere portata a compimento la riqualificazione straordinaria del personale in servizio prevista dalla legge 243/1980.

Tabella n. 4.3.01.

SERVIZI OSPEDALIERI INTEGRATIVI

I servizi ospedalieri integrativi, che possono essere aggiunti ad uno stabilimento ospedaliero che sia già in possesso dei requisiti minimi di cui al precedente par. 3.6.2., solo secondo i criteri di prova, sono i seguenti:

A. SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA

1. *Analgesia;*
2. *anatomia e istologia patologia e citologica (A.I.P.C.)*, ha il compito di emettere la diagnosi morfologica, istologica, citologica, ultrastrutturale e citoenzimatica e di fornire in ogni caso criteri utili per la prognosi e la terapia; deve anche stabilire le cause di morte, formulare l'epicrisi e raccogliere i dati per la osservazione epidemiologica.
   All'A.I.P.C. competono le funzioni diagnostiche connesse con la disciplina, compresa l'attività per operatoria, anche nei reparti dell'USL di riferimento.
   All'A.I.P.C. dell'USL n. 12 vengono demandate le attività diagnostico-specialistiche ed il collegamento con le strutture sanitarie della regione per il controllo della patologia territoriale; nella stessa USL n. 12 è previsto anche un polo regionale autonomo di citologia per scopi clinici e di diagnosi precoce, che svolge la propria attività a livello dipartimentale con l'A.I.P.C.;
3. *angiologia*, che fa parte integrante del reparto di chirurgia vascolare: e svolge attività diagnostica angiologica;
4. *broncoscopia*, che:
   - se istituito in uno stabilimento ospedaliero privo di reparto di pneumologia, opera strettamente correlato con la divisione di medicina generale;
   - se istituito in uno stabilimento ospedaliero sede di reparto di pneumologia, costituisce parte integrante del reparto stesso;
5. *cardiologia*, autonomo, che svolge assistenza di malati affetti da forme acute e ad alto rischio ed esegue esami diagnostici e funzionali che richiedono apparecchiature complesse e personale specializzato.
   Dispone di una unità di terapia intensiva coronarica (4-6 posti) e di letti di supporto per cure post-intensive (2-3 letti per ogni letto di terapia intensiva).
   Tale servizio deve disporre delle strutture necessarie per l'elettrostimolazione cardiaca temporanea e deve eseguire gli esami di elettrocardiografia sotto sforzo calibrato, elettrocardiografia dinamica, policardiografia, ecocardiografia, vettorcardiografia; tali servizi sono previsti nelle UU.SS.LL. 4, 5, 8, 10, 11, 16, 20, 21 e 22;
6. *dietetica* che, in poche sedi, è chiamata a svolgere compiti di ricerca, promozione, indirizzo;
7. *emodialisi*, la cui attività emodialitica può essere svolta:
   - in forma domiciliare;

- in forma di assistenza limitata (o self-service) in locali ospedalieri od extraospedalieri;
- in forma di servizio ospedaliero aggregato con la nefrologia o la medicina generale;

e che:

- se istituito in stabilimento ospedaliero privo di reparto di nefrologia, opera come "servizio di dialisi" strettamente correlato con la medicina generale;
- se istituito in uno stabilimento ospedaliero sede di reparto di nefrologia, costituisce parte integrante del reparto stesso.

In ogni caso dal servizio stesso dipendono funzionalmente gli eventuali centri di assistenza limitata e l'esercizio della dialisi domiciliare;

8. *endoscopia digestiva*, che:
   - se istituito in uno stabilimento ospedaliero privo di reparto di gastroenterologia, opera nel contesto della medicina generale, ovviamente a disposizione anche degli altri reparti;
   - se istituito in uno stabilimento ospedaliero sede di reparto di gastroenterologia, costituisce parte integrante del reparto stesso;
9. *farmacologia e tossicologia;*
10. *igiene ospedaliera*, per gli interventi di carattere igienico-ambientale e profilattico e l'analisi della dinamica ospedaliera;
11. *medicina nucleare*, che svolge attività comportanti impiego (sia su pazienti, sia su materiale biologico) di radio-isotopi non sigillati. Non è necessario che il servizio disponga di posti-letto propri, potendo utilizzare, nel numero strettamente necessario al corretto svolgimento delle attività terapeutiche, i posti-letto prevedibili per la radioterapia, tenuto conto delle particolari caratteristiche di protezione;
12. *neuroradiologia:* servizio autonomo, senza posti-letto di degenza, da collocarsi là dove sia prevista una neurochirurgia. Oltre alle indagini radiologiche di base del cranio o della colonna vertebrale, svolge attività diagnostica specialistica mediante indagini contrastografiche, TAC, ed altre metodiche anche para-radiologiche per quanto di competenza. Mediante rapporti di consulenza collabora con gli stabilimenti ospedalieri privi di detto servizio e con i presidi ambulatoriali regionali;
13. *psichiatria*, che dispone di posti di degenza di appoggio provvede alle prestazioni di cure in condizioni di degenza ospedaliera, solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, sia a richiesta dell'interessato, che a regime di trattamento obbligatorio.
    L'équipe psichiatrica opera prevalentemente sul territorio come previsto al par. 2.1.1.;
14. *neuropsichiatria infantile*, che opera prevalentemente nel territorio, garantisce l'intervento nel dipartimento infantile e matiene stretti collegamenti con il reparto di pediatria, presso il quale dispone di posti di appoggio.
    Si ravvisa comunque la necessità di dotare le strutture esistenti, collegate con la pediatria, di un limitato numero di posti-letto autonomi. Tale struttura opera nell'ambito del dipartimento materno-infantile e mantiene stretti collegamenti con gli operatori socio-sanitari della propria USL e delle UU.SS.LL. di riferimento;
15. *radioterapia*, che impiega radiazioni ionizzanti a fini terapeutici, eccezione fatta delle sorgenti radioattive non sigillate che competono alla medicina nucleare. Può disporre di un numero limitato di letti per il ricovero temporaneo di pazienti portatori di sorgenti radioattive (ai quali possono far capo pazienti sotto trattamento di medicina nucleare), può avere un congruo numero di posti-letto per i pazienti sottoposti a terapia con altre energie;
16. *immunologia clinica e tipizzazione tissutale*, che assolve le funzioni previste dall'art. 2 della legge regionale del 2.11.1978, n. 20;
17. servizio *prelevamento e conservazione di parti di cadavere*, che provvede al prelievo, conservazione, in ambienti sterili, di organi o parti di cadavere che, in base alle leggi vigenti, possono essere utilizzati per trapianti umani.

B. REPARTI DI DEGENZA

1. *Cardiochirurgia* che può essere collocato solo già dove esiste un reparto di cardiologia (munito di un centro rianimazione ed emodinamica);
2. *cardiologia*, che costituisce un ulteriore livello del servizio di cardiologia di cui al precedente punto 5; tale reparto, oltre a riassorbire tutto ciò che caratterizza un servizio di cardiologia autonomo di riferimento ed a svolgere le attività, ha per compito il trattamento dei malati acuti che richiedono applicazioni terapeutiche particolari:
   - monitoraggio emodinamico in terapia intensiva;
   - monitoraggio dei farmaci antiaritmici;
   - elettrocardiografia endocavitaria;
   - elettrostimolazione cardiaca temporanea e definitiva.

   Tali reparti sono previsti nelle UU.SS.LL. 3, 12, 15 e 24.

   Come polo di riferimento regionale per la diagnostica emodinamica-contrastografia viene

individuato il reparto dell'USL n. 12 che opera in stretta collaborazione con la cardiochirurgia;

3. *chirurgia maxillo-facciale*, che svolge attività — da non confondere con quelle chirurgiche svolte dall'odontostomatologia — di altissima specializzazione, quali gli interventi di traumatologia allo scheletro della faccia, il trattamento delle nosologie dei mascellari, delle sinusiti odontogene e via dicendo;
4. *chirurgia pediatrica*, che assicura interventi di chirurgia generale, non di routine, ai pazienti di età pediatrica, ferma restando la competenza specifica di branche chirurgiche ad alto grado di specializzazione dal punto di vista diagnostico e terapeutico;
5. *chirurgia plastica* che ricomprende attività che a livello meno differenziato vengono svolte da altre specialità (quali ortopedia, chirurgia generale, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia pediatrica). Le attività principali riguardano gli interventi riparatori di malformazioni congenite, di lesioni post-traumatiche (soprattutto da calore) della cute e via dicendo;
6. *chirurgia toracica*, da collocare dove esista un raparto di pneumologia;
7. *chirurgia vascolare*, che assicura interventi rivolti al sistema vascolare (arterie, vene, vasi linfatici) ivi compresi i grossi vasi intratoracici, con esclusione del circolo endocranico e coronarico, sui quali intervengono rispettivamente la neurochirurgia e la cardiologia. La specialità deve comprendere un qualificato *servizio di angiologia*, inteso come attività internistica ad alto livello, sostenuta da strumentazioni ed attività di laboratorio assai avanzate.
   La presenza di tale reparto in uno stabilimento ospedaliero comporta che la radiodiagnostica svolga efficiente attività di angiografia radiologica, che la medicina nucleare sia attrezzata in modo da espletare esami funzionali del circolo e che in sede esista un reparto di cardiologia;
8. *dermatologia:* da collegare con i servizi sul territorio con particolare riferimento alle iniziative di medicina e igiene del lavoro ed alla lotta antivenerea;
9. *ematologia*, che svolge attività di alto livello specialistico, sia nel momento diagnostico che in quello terapeutico, con particolare riferimento ai trattamenti di omeopatie sintetiche e degli organi deputati alla formazione dei componenti corpuscolari. Le attività di *immunoematologia* vanno preferibilmente considerate di competenza del laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche e del servizio trasfusionale, mentre il reparto in questione deve essere dotato di una *unità sterile* per il ricovero di pazienti sottoposti a trattamenti immunosoppressivi o che presentano gravi deficit immunitari, agranulosi spontanee o iatrogene e simili. La presenza di tale reparto in uno stabilimento ospedaliero richiede che l'esistente laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di concerto con il reparto stesso, svolga anche le indagini morfologiche ed ematologiche ed i controlli più strettamente connessi con la consuzione della terapia;
10. *endocrinologia*, che svolge attività di altissimo livello specialistico, con particolare attenzione al trattamento delle malattie metaboliche ormonodipendenti.
    La molteplicità della correlazione con vastissimi campi della medicina impone per l'endocrinologia la valorizzazione del ruolo di servizio altamente specializzato e di centro di sviluppo, senza costituire centro di convergenza indiscriminata di tutte le casistiche che potrebbero farvi capo ordinariamente per rigida competenza e che possono, comunque, essere trattate in altre specialità, godendo sempre del necessario supporto del reparto in questione. Rientrano tra queste le attività di diabetologia e le azioni contro le obesità, da gestire con criteri di adeguata periferizzazione nell'ambito della medicina generale. La presenza di tale reparto in uno stabilimento ospedaliero comporta che il laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche svolga, in opportuna connessione con il reparto stesso, anche accertamenti specifici;
11. *gastroenterologia*, che svolge attività di altissimo livello specialistico in ordine all'apparato digerente, senza però divenire centro di convergenza indiscriminata di tutte le casistiche, che possono essere convenientemente trattate con criteri di adeguata periferizzazione nell'ambito della medicina generale o chirurgia generale, godendo sempre del supporto della specialità. Il reparto deve sempre ricomprendere il *servizio di endoscopia digestiva* e quello di *fisiopatologia digestiva;*
12. *malattie infettive*, che ricomprende le forme aperte tubercolari;
13. *nefrologia*, che tratta pazienti nefropatici eventualmente già selezionati dai reparti di medicina generale. Il reparto deve sempre ricomprendere il *servizio di emodialisi;*
14. *neurochirurgia*, che può essere collocato solo già dove esiste un reparto di neurologia e un servizio di neuroradiologia.
    Il reparto è articolato nelle seguenti sezioni:
    — neurochirurgia infantile;
    — neurotraumatologia;
    — neurorianimazione;
15. *neurologia*, che deve comprendere il servizio di neurofisiopatologia e di neuroriabilitazione, ed esclude il trattamento di pazienti con malattie psichiatriche.
    I compiti di diagnosi e cura ad alto livello per le sindromi epilettiche e per tutti i casi di patologia ad andamento parossistico vengono svolti da un unico polo autonomo a livello regionale;

16. *oculistica*, che ricomprende le attività di ortottica, intese come particolare tecnica di rieducazione, da enucleare dal contesto del servizio di recupero e rieducazione funzionale;
17. *odontostomatologia*, che ricomprende l'*ortognatodonzia*, da attuare prevalentemente nel territorio. La specialità deve disporre di poltrone odontoiatriche piuttosto che di letti;
18. *ortopedia-traumatologia* la cui presenza in uno stabilimento ospedaliero richiede che il servizio di recupero e rieducazione funzionale operi per lo svolgimento di specifiche attività fisiochinesiterapiche; in un polo regionale può essere individuata una sezione di micro-chirurgia della mano;
19. *otorinolaringoiatria*, che ricomprende l'attività di fonoaudiologia. A livello regionale il servizio — comprensivo di audiovestibologia e audiofoniatria — pur svolgendo la sua attività a livello di territorio, costituisce un centro di supporto per gli approfondimenti diagnostici;
20. *pneumologia* che deve sempre ricomprendere un *servizio di fisiopatologia respiratoria* ed uno di *broncoscopia*. La presenza della disciplina in uno stabilimento ospedaliero richiede che il servizio di recupero e rieducazione funzionale operi di concerto con il reparto in questione, per lo svolgimento delle attività di fisiochinesiterapia per il trattamento delle forme respiratorie;
21. *terapia intensiva neonatale*; per il trattamento delle patologie acute del neonato, con particolare attenzione al neonato a rischio; fa parte integrante del reparto di pediatria;
22. *urologia*.

La determinazione dell'organizzazione dei reparti ad un bassissimo tasso di spedalizzazione e a bacini di utenza sovraregionale deve avvenire d'intesa con le Regioni limitrofe.

C. PRECISAZIONI PER ALCUNI SERVIZI

1. il piano prevede in quali stabilimenti ospedalieri, in luogo del servizio di pronto soccorso ed accettazione, deve operare un *dipartimento di emergenza ed accettazione*;
2. il piano prevede in quali ospedali al servizio di anestesia e rianimazione — previsto dalla tab. 3.6.01 — e affidata la responsabilità dei letti di rianimazione a carattere polispecialistico;

   il modello organizzativo del servizio di anestesia e rianimazione prevede 3 livelli:
   — USL non dotate di centro di rianimazione;
   — USL dotate di centro di rianimazione;
   — USL n. 12 con centro di rianimazione.

   USL non dotate di centro di rianimazione.
   Oltre al personale specializzato per fronteggiare la patologia di elezione dovrà avere una stanza attrezzata ed una adeguata dotazione di personale per la patologia di emergenza per l'assistenza immediata, continuativa e specialistica a scopo di osservazione, diagnosi e cura non superiore alle 36/48 ore (rianimazione non protratta).

   USL dotate di centro di rianimazione
   Dovrà avere un centro di rianimazione con una dotazione di almeno n. 6 posti-letto monitorizzati al quale affluiscono anche i malati provenienti dalle altre USL di riferimento non dotate di centro e che necessitano di rianimazione protratta.
   Il servizio di anestesia e rianimazione deve avere una dotazione organica di personale specializzato per la patologia di elezione e personale specializzato medico e non medico per la gestione — con turni regolari — del centro di rianimazione.

   USL n. 12
   Oltre ad avere un centro con una dotazione di n. 13 p/l monitorizzati, è dotato anche di un centro di rianimazione per la cardio-chirurgia;
3. il piano definisce altresì in quali stabilimenti ospedalieri deve trovare collocazione un *centro trasfusionale* che riassorbe, ovviamente, i compiti dell'emoteca;
4. *centro trapianti*, lo svolgimento di attività di trapianto d'organi è soggetto a regime autorizzativo di competenza statale. La Regione si fa carico di proporre al Ministero della Sanità che l'attività stessa, con particolare riferimento ai trapianti di rene e di cornea, sia concentrata nelle Marche anche a servizio delle regioni vicine;
5. i servizi e reparti ospedalieri integrativi assumono funzioni di centri di riferimento e sono pertanto chiamati a fornire consulenza ai servizi delle UU.SS.LL. che ad essi si riferiscono, nonché a predisporre protocolli terapeutici ed a collaborare al processo di aggiornamento e formazione del personale;
6. le attività svolte dai centri di medicina sociale di cui al D.P.R. 11.2.1961, n. 249 sono attuate all'interno dei reparti e dei servizi corrispondenti e si collegano dipartimentalmente con gli altri reparti e servizi intra ed extra ospedalieri di riferimento.

Obiettivo per il primo semestre 1983 è quello della legge regionale sull'ordinamento dipartimentale affinché il nuovo assetto possa essere avviato fin dal primo piano triennale.

Tabella n. 4.3.02

SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA E REPARTI OSPEDALIERI CHE NON SI PREVEDE DI PORRE IN ESERCIZIO

L'esistenza di reparti e servizi diversi da quelli previsti dal presente piano deve essere affrontata in termini di corretta gradualità la cui applicazione deve mirare alla loro trasformazione in reparti e servizi previsti dal piano.

In particolare, gli orientamenti da seguire sono i seguenti:

a) *per i reparti di geriatria*: i malati anziani acuti richiedono di essere ricoverati nel reparto competente per forma morbosa riscontrata come causa prevalente del ricovero ospedaliero, mentre per i casi non acuti la competenza va riassorbita da altri servizi non strettamente sanitari;

b) *per i reparti di lungodegenti* si ricorda che i cosiddetti lungodegenti non vanno considerati come una categoria unica: ma come appartenenti a quattro diverse classi:
   - *acuti a degenza prolungata*, di competenza delle singole discipline di pertinenza;
   - *convalescenti*, da trasferire al domicilio od a servizi territoriali;
   - *riabilitandi*, di competenza del servizio di recupero e rieducazione funzionale, sia in sede ospedaliera, sia nel territorio, fatta salva la necessità di ricovero per particolari patologie (paraplegici) in centri di riabilitazione complessa;
   - *cronici*, la cui presenza è contraddittoria con il ruolo affidato all'ospedale e le cui esigenze vengono più opportunamente soddisfatte da servizi di tipo socio-assistenziale (cfr. cap. 2.2.). Ne consegue che la redistribuzione delle funzioni rende inutili tali reparti ma non, ovviamente, le competenze ed il patrimonio di esperienze del personale che dovrà essere utilizzato anche più proficuamente in altri servizi;

c) *per i reparti di medicina del lavoro*: i ricoverati in tali reparti richiedono prestazioni diagnostiche e terapeutiche non chirurgiche, relative a quadri morbosi esclusivamente o prevalentemente correlati a specifiche attività lavorative. Poiché tuttavia ne viene coinvolta costantemente e pienamente la medicina generale, nonché altre specialità (neurologia, dermatologia, pneumologia, ecc.) ed è necessario assicurare ovunque validi livelli di prestazione, (senza tuttavia duplicare sotto altro nome reparti di medicina generale e senza creare inopportune duplicazioni di sfere d'intervento), l'oggetto della disciplina va considerato come denominatore comune a molteplici interventi eseguiti prevalentemente sul territorio, attinenti all'esercizio della materia, ma di stretta competenza anche dei servizi di ambiente — interventi a carattere multidisciplinare — oggetto di uno dei tre obiettivi; la competenza è da attribuirsi al reparto relativo alla patologia prevalente, con eventuale consulenza di medici con preparazione specifica, agenti di regola nel territorio con compiti di consulenza ed indirizzo degli interventi da prevedere nell'ambito del progetto obiettivo prima citato.

   Soltanto a livello di clinica universitaria per l'insegnamento di tale disciplina possono essere previste limitate dotazioni di posti-letto per il trattamento di pazienti affetti da particolari tecnopatie in considerazione del ruolo che la clinica è chiamata a svolgere nei campi della ricerca e della formazione specialistica;

d) *per i reparti di oncologia*: l'oncologia indica un campo d'azione multidisciplinare che assume particolare importanza a livello territoriale con le attività di diagnosi precoce e che a livello terapeutico richiede lo svolgimento di attività chemioterapiche radianti o chirurgiche in relazione alla diverse competenze. Si ritiene che a livello ospedaliero i pazienti affetti da forme oncologiche debbano trovare collocazione nei reparti delle varie discipline, evitando comunque la loro aggregazione autonoma o la loro collocazione permanente in letti aggregati al reparto di medicina nucleare od altri, fatta salva la degenza temporanea in unità radioprotette.

   Sotto il profilo ospedaliero vanno potenziate le aree di servizio, come l'ospedale di giorno, gli ambulatori, capaci di favorire i più ampi contatti con i pazienti esterni. Ne consegue la non necessità di reparti specifici, ma di servizi di oncologia afferenti alla medicina generale e dipartimentale collegati con la radioterapia e la chirurgia generale.

   Si prospetta un'unica struttura a valenza regionale con un numero limitato di posti letto con compiti di indirizzo, didattica e ricerca;

e) *per i reparti di reumatologia*: i ricoverati in tali reparti fanno parte di quei numerosi cittadini colpiti da un ampio numero di malattie, prevalentemente di tipo infiammatorio, degenerativo, metabolico o neurodistrofico, a carico dell'apparato locomotore (articolazioni, ossa, ecc.). La grande diffusione ed il conseguente interesse sociale di alcune reumoartropatie suggerisce la necessità non di reparti specifici ma il ricovero nei reparti di medicina generale e, per quanto di competenza, di pediatria, ortopedia e neurologia, fermo restando il ruolo dell'attività da svolgere in ambulatorio od in ospedale di giorno;

f) *per i reparti di tisiologia:* i ricoverati in tali reparti rientrano nella specie dei pazienti che presentano aspetti patologici delle vie respiratorie, oggetto della pneumologia, che rivolge particolare attenzione al trattamento delle bronco-pneumopatie acute e croniche di qualsiasi origine e che, perciò, viene a ricomprendere la tisiologia. Non esiste, d'altra parte, incompatibilità di principio alla presenza in un ospedale generale di tubercolotici bacilliferi, il cui isolamento può essere garantito in idoneo contesto ambientale;

g. *per i servizi di virologia*: le attività di accertamento delle malattie da virus e, in particolare, l'isolamento e la tipizzazione degli agenti virali assumono certamente interesse a livello clinico, ma acquistano anche rilevanza sotto il profilo epidemiologico e per tale motivo debbono essere ricondotte ai laboratori di sanità pubblica;

h) *per i servizi di fisica sanitaria*: le attività di fisica sanitaria non vanno svolte solo in ambiente ospedaliero, ma debbono essere esercitate a livello territoriale. Per tale motivo non si prevedono servizi ospedalieri di fisica sanitaria per cui le relative competenze, nonchè le risorse già esistenti negli ospedali, debbono essere ricondotte ai laboratori di sanità pubblica.

i) *per i servizi di medicina legale:* le attività non vanno svolte solo in ambiente ospedaliero ma intese come attività comuni a tutto il comparto sanitario. Pertanto è previsto in tutte le UU.SS.LL. nel settore di medicina legale.

Tabella n. 4.3.03

FLUSSI DEI RICOVERATI OSPEDALIERI - ANNO 1976 - RESIDENTI NELLE VARIE USL

(ricoverati in totale)

USL	RICOVERATI IN OSPEDALI PUBBLICI				RICOVERATI IN CASE CURA PRIVATE				*Ricoverati in totale*	*Tasso ospedaliero per 10.000 abitanti*	NOTE
	della stessa USL	*della USL n. 12*	*di altre USL*	*Totale*	*della stessa USL*	*della USL n. 12*	*di altre USL*	*Totale*			
1	2.186	33	275	2.494	—	—	1	1	2.495	1.472,41	
2	4.001	54	543	4.598	—	—	1	1	4.599	2.342,84	
3	13.607	504	2.929	17.040	—	15	24	39	17.079	1.448,60	
4	10.841	526	2.266	13.633	—	19	26	45	13.678	1.921,18	
5	6.111	202	1.453	7.766	—	3	11	14	7.780	2.240,33	
6	4.833	196	2.172	7.201	—	8	2	10	7.211	2.235,55	
7	5.226	357	1.981	7.564	—	4	13	17	7.581	2.077,04	
8	12.424	1.107	1.316	14.847	32	92	7	131	14,978	2.293,19	
9	3.036	3.647	1.538	8.221	—	950	44	994	9.215	1.792,31	
10	15.410	1.792	1.319	18.521	—	164	225	389	18.910	1.864,63	
11	9.633	1.262	2.852	13.747	—	30	77	107	13.854	2.156,37	
12	15.306	—	1.658	16.964	3.623	—	89	3.712	20.676	1.727,39	(a)
13	4.769	1.953	995	7.717	—	243	71	314	8.031	2.133,01	
14	5.342	1.470	1.113	7.925	—	111	454	565	8.490	1.515,80	
15	3.089	969	634	4.692	2.945	31	48	3.024	7.716	881,83	(b)
16	1.796	1.038	2.334	5.168	1.448	60	886	2.394	7.562	1.415,34	
17	4.526	1.218	5.712	11.456	—	69	821	890	12.346	2.131,86	
18	2.386	238	1.592	4.216	7	187	—	194	4.410	2.024,52	
19	3.174	385	1.270	4.829	—	15	897	912	5.741	1.372,26	
20	2.500	97	184	2.781	—	3	157	160	2.941	1.670,93	
21	13.072	1.309	845	15.226	1.793	69	301	2.163	17.389	1.984,66	
22	10.597	1.279	1.865	13.741	4.115	21	139	4.275	18.016	1.987,88	
23	1.154	154	962	2.270	—	4	106	110	2.380	1.373,50	(c)
24	1.775	897	1.978	4.650	150	21	452	623	5.273	541,21	(d)
Totale	156.794	20.687	39.786	217.267	14.113	2.119	4.852	21.084	238.351	1.704,99	2.038,10 (e)

(a) mancano i dati relativi allo stabilimento ospedaliero Sestilli di Ancona che hanno certamente influenza sui dati delle UU.SS.LL. 9 e 13;
(b) mancano in parte i dati relativi allo stabilimento ospedaliero di Macerata, che influenzano i dati delle UU.SS.LL. 14-19 e quelli relativi agli stabilimenti di Corridonia e Treia che influenzano soprattutto i dati relativi all'USL 15
(c) mancano i dati relativi allo stabilimento di Force che influenzano i dati dell'USL 23;
(d) mancano i dati relativi all'Ospedale Civile di Ascoli Piceno che influenzano i dati relativi alle UU.SS.LL. 22, 23 e 24;
(e) tale valore ricomprende le affluenze anche agli stabilimenti ospedalieri richiamati nelle note precedenti.

Tabella n. 4.3.04

TASSI DI SPEDALIZZAZIONE PER USL E PER GRANDI CLASSI DI ETA' - ANNO 1976 (a)

USL	*0 - 5 anni*	*6 - 24 anni*	*25 - 64 anni*	*65 + anni*	*Totale*	*Tasso di spedalizzazione convenzionale*	*Scarto in % tasso reale e tasso convenzionale*
1	417,32	970,77	1.421,62	2.909,23	1.454,45	1.981,42	− 26,60
2	2.269,13 *	1.188,34	2.248,38 *	4.628,32 *	2.301,56 *	1.963,74	+ 17,20
3	1.519,13	990,92	1.561,98	2.881,66	1.545,68	1.903,05	− 18,78
4	2.034,69 *	1.357,02 *	2.134,95 *	4.278,46 *	2.190,71 *	1.936,48	+ 13,13
5	1.680,10	1.333,76 *	2.074,23 *	4.473,29 *	2.159,76 *	943,11	+ 11,15
6	1.791,40 *	1.476,08 *	2.210,53 *	4.063,03 *	2.233,44 *	1.955,75	+ 14,20
7	1.155,51	1.228,90	1.929,17 *	3.954,88 *	2.028,22 *	2.010,69	+ 0,87
8	1.765,84 *	1.468,73 *	2.284,76 *	4.706,76 *	2.359,34 *	1.952,68	+ 20,83
9	1.796,31 *	1.378,72 *	1.855,47	3.328,58	1.921,78	1.950,23	− 1,46
10	1.772,65 *	1.268,99	1.814,07	3.743,61 *	1.939,42	1.962,83	− 1,19
11	2.054,65 *	1.510,76 *	2.070,41 *	4.154,78 *	2.274,36 *	2.014,95	+ 12,87
12	1.837,31 *	1.259,25	1.536,00	2.403,29	1.595,42	1.938,49	− 17,70
13	2.227,69 *	1.505,39 *	1.977,09 *	3.585,96	2.058,09 *	1.914,77	+ 7,48
14	1.758,71 *	1.255,45	1.724,33	3.512,79	1.832,18	1.938,28	− 5,47
15	1.381,17	1.121,89	1.629,06	3.039,31	1.654,61	1.939,33	− 14,68
16	1.956,52 *	1.589,75 *	2.188,08 *	3.930,99 *	2.201,63 *	1.908,06	+ 15,39
17	2.529,50 *	1.556,89 *	2.275,20 *	3.778,21 *	2.249,36 *	1.878,08	+ 19,20
18	1.690,31	1.365,97 *	1.914,65 *	4.053,69 *	2.121,84 *	2.020,69	+ 5,01
19	1.124,96	1.147,51	1.763,68	3.482,71	1.836,17	2.033,55	− 9,71
20	1.402,16	1.102,61	1.435,52	3.038,15	1.657,38	2.062,40	− 19,44
21	1.954,44 *	1.385,80 *	1.911,23 *	3.637,52 *	2.004,32 *	1.948,16	+ 2,88
22	1.842,91 *	1.466,21 *	2.185,53 *	4.118,28 *	2.164,06 *	1.896,59	+ 14,10
23	1.180,26	1.191,56 *	1.998,92 *	4.219,08 *	2.033,90 *	1.960,67	+ 3,73
24	1.160,93	1.024,13	1.901,01 *	3.271,73	1.897,91 *	1.921,89	− 1,56
Regione	1.726,05	1.290,20	1.894,50	3.606,00	1.943,30	1.943,30	0,00

(a) valori con validità ± 5%
* indica che il valore supera quello medio regionale

Tabella n. 4.3.05

RAFFRONTO DELLO SCARTO TRA IL TASSO DI SPEDALIZZAZIONE REALE RISPETTO A QUELLO CONVENZIONALE ED IL QUOZIENTE DEI POSTI-LETTO PER 1.000 ABITANTI

USL	SCARTO TRA TASSO DI SPEDALIZZAZIONE REALE RISPETTO A QUELLO CONVENZIONALE			Quoziente posti-letto per 1.000 abitanti
	al di sotto di − 5%	*tra −5% e +5%*	*al di sopra di +5%*	
20	− 19,64			20,21
4			+ 13,13	19,79
2			+ 19,20	17,48
13			+ 7,48	16,75
5			+ 11,15	15,34
8			+ 20,83	14,75
21		+ 2,88		13,11
12	− 17,70			12,66
10		− 1,19		12,59
15	− 14,68			12,37
6			+ 14,20	10,91
11			+ 12,87	10,71
3	− 18,78			9,87
1	− 20,60			9,32
18			+ 5,01	9,25
7		+ 0,87		8,84
24		− 1,56		8,33
23		+ 3,73		8,13
19	− 9,70			7,79
14	− 5,47			7,30
22			+ 14,10	6,79
17			+ 19,20	4,62
9		− 1,46		4,48
16			+ 15,00	4,33

Tabella n 4 3 06 a

REGIONE MARCHE - Anno 1979

Stabilimenti ospedalieri, posti-letto, presenze medie giornaliere, posti letto necessari a sostenere le presenze medie giornaliere, posti letto di troppo o in meno rispetto a quelli dichiarati, posti letto necessari nelle varie ipotesi del carico storico

LEGENDA
- L = posti-letto dichiarati;
- N = presenze medie giornaliere;
- LN = posti letto necessari (calcolato con N + 3 N per tutti gli stabilimenti ospedalieri e con N + 4 N per gli ospedali pediatrici di Ancona e Fano);
- L+ = posti letto di troppo;
- %L = % del posti letto di troppo rispetto ai posti letto dichiarati;
- L− = posti letto mancanti

USL	STABILIMENTI OSPEDALIERI	L	N	LN	L+	%L	L−	POSTI-LETTO NECESSARI CON IL RIDURSI DEL CARICO STORICO			
								del 5%	*del 10%*	*del 15%*	*del 20%*
1	Novafeltria	160	91,02	120	40	25,50		115	110	104	99
2	Macerata Feltria	148	66,14	89	59	39,86		85	81	77	73
	Sassocorvaro	203	126,67	161	42	20,69		154	146	139	132
		351	192,81	250 (b)	101	28,77		224 (a)	213 (a)	202 (a)	192 (a)
3	Mombaroccio	80	49,67	71	9	11,25		68	65	62	59
	Pesaro - osp. civile	825	514,28	583	242	29,33		555	528	500	473
	Pesaro - ex-sanatorio	199	120,86	154	45	22,61		147	140	134	127
		1.104	684,81	808 (c)	297	26,90		727 (a)	691 (a)	655 (a)	618 (a)

Tabella n 4 3 06 b

USL	STABILIMENTI OSPEDALIERI	L	N	LN	L+	%L	L−	POSTI-LETTO NECESSARI CON IL RIDURSI DEL CARICO STORICO			
								del 5%	*del 10%*	*del 15%*	*del 20%*
4	Fano - osp. civile	542	367,54	426	116	21,40		406	386	366	346
	Fano - pediatrico	75	34,37	58	17	22,67		56	54	51	49
	Mondolfo	120	60,20	84	36	30,00		80	77	73	69
		737	462,11	568 (d)	169	22,93		502 (a)	477 (a)	453	428
5	S. Angelo in Vado	60	16,87	30	30	50,00		28	27	26	25
	Urbania	120	50,26	72	48	40,00		69	66	63	60
	Urbino	417	210,41	252	163	39,09		243	231	219	208
		597	277,54	356 (e)	241	40,37		313 (a)	298 (a)	282	267
6	Fossombrone	210	124,26	158	52	24,76		151	144	137	130
	Mondavio	150	58,73	82	68	45,33		79	75	72	68
		360	182,99	240 (f)	120	33,33		214 (a)	204 (a)	193 (a)	183 (a)
7	Cagli	202	114,62	147	55	27,23		141	134	127	121
	Pergola	132	77,64	105	27	20,45		100	95	91	86
		334	192,26	252 (g)	82	24,55		224 (a)	213 (a)	202 (a)	197 (a)
8	Corinaldo	198	95,28	125	73	36,87		120	114	108	103
	Ostra	180	70,39	96	84	46,67		92	88	83	79
	Ostra Vetere	54	19,43	33	21	38,89		32	30	29	28
	Senigallia	526	297,44	350	176	33,46		333	317	301	284
		958	482,54	604 (h)	354	36,95		523 (a)	497 (a)	471 (a)	445 (a)

Tabella n 4 3 06 c

USL	STABILIMENTI OSPEDALIERI	L	N	LN	L+	%L	L−	POSTI-LETTO NECESSARI CON IL RIDURSI DEL CARICO STORICO			
								del 5%	*del 10%*	*del 15%*	*del 20%*
9	Chiaravalle	155	82,73	110	45	29,03		106	101	96	91
	Montemarciano	60	116,66	29	31	51,67		28	27	26	25
		215	99,39	139 (i)	76	35,35		124 (a)	118 (a)	112 (a)	107 (a)
10	Cingoli	138	51,52	73	65	47,10		70	67	64	61
	Cupramontana	50	28,99	46	4	8,00		44	42	40	38
	Filottrano	96	24,81	40	56	58,33		39	37	35	34
	Jesi - osp. civile	691	448,56	513	178	25,76		488	464	440	416
	Jesi - ex sanatorio	158	98,62	129	29	18,35		123	117	112	106
	Montecarotto	112	51,10	73	39	34,82		70	67	64	60
		1.245	703,60	874 (j)	371	29,80		746 (a)	709 (a)	672 (a)	635 (a)
11	Arcevia	115	44,87	65	50	43,48		62	60	57	54
	Fabriano	259	143,16	179	80	30,89		171	163	155	147
	Matelica	165	98,07	128	37	22,42		123	117	111	105
	Sassoferrato	138	74,74	101	37	26,81		97	92	88	83
		677	360,84	473 (k)	204	30,13		399 (a)	379 (a)	360 (a)	340 (a)
12	Ancona - Lancisi	156	135,37	171	—	—	15	163	155	148	140
	- Oncol.	155	126,48	161	—	—	6	153	146	139	132
	- Salesi	407	172,27	225	182	44,72	—	215	205	195	185
	- Umberto I°	851	588,36	662	189	22,21	—	630	599	568	536
	- Villa Maria	74	54,28	77	—	—	3	74	70	67	64
		1.643	1.076,90	1.296 (l)	371	23,62	24	1.119 (a)	1.063 (a)	1.008 (a)	950 (a)

Tabella n. 4.3.06 d

USL	STABILIMENTI OSPEDALIERI	L	N	LN	L+	%L	L—	POSTI-LETTO NECESSARI CON IL RIDURSI DEL CARICO STORICO			
								del 5%	*del 10%*	*del 15%*	*del 20%*
13	Castelfidardo	163	23,68	39	124	76,07		37	36	34	32
	Osimo M. Gallo	302	129,84	164	138	45,70		157	150	142	135
	Osimo Osp. Civ.	192	112,01	144	48	25,00		138	131	125	118
		657	265,53	347 (m)	310	47,18		300 (a)	286 (a)	271 (a)	257 (a)
14	Loreto	160	104,50	136	24	15,00		130	124	118	111
	Recanati	234	125,61	160	74	31,62		153	145	138	131
		394	230,11	296 (n)	98	24,87		263 (a)	251 (a)	238 (a)	225 (a)
15	Corridonia	122	80,23	108	14	11,48		103	98	93	89
	Macerata	714	452,31	517	197	27,59		492	468	444	419
	Montecassiano	62	23,24	38	24	38,71		37	35	33	32
	Pollenza	70	52,04	74	—	—	4	71	68	65	61
	Treia	135	68,27	94	41	30,37		89	85	81	77
		1.013	676,09	831 (o)	276	25,02	4	719 (a)	683 (a)	645 (a)	611 (a)
16	Civitanova Marche	225	136,50	172	53	23,56		165	157	149	141
17	Montegranaro	128	61,40	85	43	33,59		82	78	74	71
	S. Elpidio a mare	140	104,72	136	4	2,86		130	124	118	112
		268	166,12	211 (p)	47	17,54		196 (a)	187 (a)	177 (a)	168 (a)

Tabella n 4 3 06 e

USL	STABILIMENTI OSPEDALIERI	L	N	LN	L+	%L	L–	POSTI-LETTO NECESSARI CON IL RIDURSI DEL CARICO STORICO			
								del 5%	*del 10%*	*del 15%*	*del 20%*
18	S. Severino Marche	206	140,31	176	30	14,56		168	160	152	144
19	S. Ginesio	65	18,84	32	33	50,77		31	30	28	27
	Sarnano	62	28,77	45	17	27,42		43	42	40	38
	Tolentino	211	114,29	147	64	30,33		140	134	127	121
		338	161,90	224 (q)	114	33,73		191 (a)	182 (a)	173 (a)	164 (a)
20	Camerino	374	162,74	201	173	46,26		192	183	174	165
21	Falerone	60	7,71	16	44	73,33		16	15	15	14
	Fermo	550	362,64	420	130	23,64		401	381	361	342
	Montegiorgio	150	81,85	109	41	27,33		105	100	95	90
	Petritoli	130	37,47	56	74	56,92		54	52	49	47
	Porto S. Giorgio	270	151,46	189	81	30,00		180	172	163	155
		1.160	641,13	790 (r)	370	31,90		684 (a)	649 (a)	615 (a)	581 (a)
22	Montefiore	83	33,40	51	32	38,55		49	47	45	43
	Ripatransone	130	64,16	89	41	31,54		85	81	77	73
	S. Benedetto del Tronto	410	277,79	328	82	20,00		313	298	283	267
		623	375,35	468 (s)	155	24,88		414 (a)	393 (a)	373 (a)	353 (a)

Tabella n. 4.3.06 f

USL	STABILIMENTI OSPEDALIERI	L	N	LN	L+	%L	L–	POSTI-LETTO NECESSARI CON IL RIDURSI DEL CARICO STORICO			
								del 5%	*del 10%*	*del 15%*	*del 20%*
23	Amandola	130	75,43	102	28	21,54		97	93	89	84
	Force	25	21,20	35	—	—	10	34	33	31	30
		155	96,63	137 (t)	28	11,61	10	121 (a)	115 (a)	110 (a)	104
24	Ascoli Piceno - Luciani	202	108,83	141	61	30,20		131	128 (a)	122	115
	Ascoli Piceno - civile	528	350,88	407	121	22,92		388	370	350	331
	Offida	92	59,93	84	8	8,70		80	76	73	69
		822	519,64	632 (u)	190	23,11		561 (a)	533 (a)	505 (a)	477 (a)

NOTE: le previsioni di posti-letto sono fatte per singolo ospedale, nell'ipotesi di potere aver in esercizio un solo stabilimento ospedaliero per USL l'attuale carico di presenze medie giornaliere potrebbe essere sopportato dai posti-letto seguenti:

(b) 235	(f) 224	(j) 784	(n) 276	(r) 718
(c) 764	(g) 234	(k) 418	(o) 755	(s) 434
(d) 527	(h) 549	(l) 1.176	(p) 205	(t) 173
(e) 328	(i) 130	(m) 315	(q) 200	(u) 588

REGIONE MARCHE — Anno 1979

Tabella n 4 3 07

SITUAZIONE RAGIONATA DEI POSTI LETTO OSPEDALIERI PER RAGGRUPPAMENTI DI USL E PER REGIONE

		USL 1 ÷ 7	*USL 8 ÷ 13*	*USL 14 ÷ 20*	*USL 21 ÷ 24*	*Totale Marche*
1	letti dichiarati dagli enti ospedalieri	3 643	5 395	2 908	2 761	14 707
2	presenze medie giornaliere	2 083,54	2 988,80	1 673,77	1 632,75	8 378,86
3	occupazione media dei letti dichiarati (%)	57,18	55,40	57,56	59,14	56,97
4	letti sufficienti ad ospitare le presenze medie suddette					
a	lasciando in esercizio tutti gli stabilimenti ospedalieri esistenti in ogni USL	2 594	3 733	2 111	2 027	10 465
b	lasciando in esercizio un solo stabilimento ospedaliero per ogni USL	2 432	3 372	1 985	1 913	9 702
5	letti in eccedenza	1 049	1 662	797	734	4 242
a	secondo l'ipotesi 4 a numero % sui letti dichiarati	28,78	30 81	27,41	26,58	28,84
b	secondo l'ipotesi 4 b numero % sui letti dichiarati lasciando in servizio 1 solo stabilimento per USL	33,24	37,50	31,74	30,71	34,03
6	letti necessari lasciando in esercizio un solo stabilimento per USL nell'ipotesi che le presenze medie giornaliere si riducano					
a	del 5%	2 319	3 211	1 894	1 780	9 204
b	del 10%	2 206	3 052	1 803	1 690	8 751
c	del 15%	2 091	2 894	1 708	1 603	8 296
d	del 20%	1 978	2 734	1 618	1 515	7 845

Tabella n. 4.3.08

FABBISOGNO REGIONALE POSTI LETTO PER SPECIALITA'

RIEPILOGO REGIONALE

Specialità	*Posti letto*
MEDICINA GENERALE	2.530
CHIRURGIA GENERALE	2.140
OSTETRICIA - GINECOLOGIA	835
PEDIATRIA	660
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	835
OTORINOLARINGOIATRIA	250
OCULISTICA	305
CARDIOLOGIA	282
NEUROLOGIA	230
UROLOGIA	365
DERMATOLOGIA	90
PNEUMOLOGIA	270
ODONTOSTOMATOLOGIA	15
MALATTIE INFETTIVE	110
NEFROLOGIA	75
CARDIOCHIRURGIA	30
NEUROCHIRURGIA	30
GASTROENTEROLOGIA	30
EMATOLOGIA	45
ENDOCRINOLOGIA	30
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	30
CHIRURGIA PEDIATRICA	30
CHIRURGIA TORACICA	15
CHIRURGIA VASCOLARE	15
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	15
CHIRURGIA PLASTICA	15
ANALGESIA	20
TOTALE	9.297

Tabella n 4 3 09

RIPARTIZIONE TRA LE UU SS LL DEI DIVERSI SERVIZI OSPEDALIERI INTEGRATIVI PER IL TRIENNIO
REPARTI DI DEGENZE

USL N.	Cardio-chirurgia	Cardiologia	Chirurgia pediatrica	Chirurgia toracica	Chirurgia vascolare	Dermatologia	Ematologia	Endocrinologia	Gastroen-terologia	Malattie infettive	Nefrologia	Neurochirurgia	Neurologia	Oculistica	Odontosto-matologia	Ortopedia traumatol.	Otorinola-ringoiatria	Pneumologia	Urologia	Neuropsichiat. infantile	Chirurgia Max.-Fac.	Chirurgia plastica	Analgesia
1																							
2																							
3		x				x	x			x (a)	x		x	x		x	x	x	x				
4		x(b)												x		x	x		x	x			
5		x(b)						x					x	x		x	x						
6																							
7																x							
8		x(b)											x	x		x	x						
9																							
10		x(b)								x (a)			x	x		x	x	x	x				
11														x		x	x						
12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x (a)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13																		x	x				
14																							
15		x				x				x (a)	x		x	x		x	x	x	x				
16													x	x		x	x		x				
17																							
18														x									
19																							
20		x(b)														x	x						
21		x(b)								x			x	x		x	x		x				
22		x(b)								x			x	x		x	x		x				
23																							
24		x				x				x (a)	x		x	x		x	x	x	x				

LEGENDA a - debbono ospitare anche pazienti tbc in fase aperta
b - servizio di cardiologia autonomo

NOTA I trattamento dei parti a rischio viene effettuato da una divisione di ostetricia e ginecologia per provincia e precisamente dalle U SS L L nn 3 12 15 e 22

Tabella n 4 3 10 a

RIPARTIZIONE TRA LE UU SS LL DEI SERVIZI OSPEDALIERI INTEGRATIVI PER IL TRIENNIO SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA: *AUTONOMI*

Non sono elencati nella tabella:
— il servizio di cardiologia, perché previsto per tutti gli stabilimenti ospedalieri (vedi par 3 6 2);
— il servizio trasfusionale, perché è prevista emoteca in tutti gli stabilimenti ospedalieri (v par 3 6 2), salvo quelli per i quali si prevede un centro trasfusionale (v par 3 4 3)

USL n.	Anatomia e istol. patol.	Dietetica	Farmacol. e tossicol.	Igiene ospedaliera	Medicina nucleare	Epilessia	Audiologia	Psichiatria	Radioter.	Citologia	Dermatol.
1											
2											
3	x	x						x			
4								x			
5								x			
6											
7											
8								x			
9								x			
10								x			
11								x			
12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13								x			
14											
15	x	x						x			
16								x			
17								x			
18											
19								x			x
20											
21								x			
22								x			
23											
24	x	x						x			

Tabella n 4 3 10 b

RIPARTIZIONE TRA LE UU SS LL DEI SERVIZI OSPEDALIERI INTEGRATIVI PER IL TRIENNIO
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA: *AGGREGATI*

USL n.	Angiologia	Broncoscopia	Emodialisi	Endoscopia digestiva	Fisiopatologia digestiva	Fisiopatologia respiratoria	Medicina nucleare	Neurofi-siopatologia	Odontosto-matologia
1									
2			x (o)						
3		x (b)		x (c)		x (b)	x (n)	x (i)	x (q)
4			x (o)						x (q)
5								x (i)	x (q)
6									
7			x (o)						
8			x (r)					x (i)	x (q)
9									
10		x (b)	x (o)			x (b)		x (i)	x (q)
11			x (o)						x (q)
12	x (a)	x (b)		x (f)	x (f)	x (b)		x (i)	
13		x (b)	x (o)			x (b)			
14			x (o)						
15		x (b)		x (c)		x (b)	x (n)	x (i)	x (q)
16			x (o)					x (i)	x (q)
17									
18									
19			x (r)						
20									x (q)
21			x (o)					x (i)	x (q)
22			x (p)					x (i)	x (q)
23			x (o)						
24		x (b)		x (c)		x (b)	x (n)	x (i)	x (q)

LEGENDA:

- a - come parte integrante di chirurgia vascolare;
- b - come parte integrante di pneumologia;
- c - correlata con medicina generale;
- e - come parte integrante del reparto di nefrologia;
- f - come parte integrante del reparto di gastroenterologia;
- i - come parte integrante del reparto di neurologia;
- n - come parte integrante del servizio di radiologia;
- o - centri di assistenza limitata;
- p - centro autonomo di emodialisi;
- q - servizio con riuniti, senza posti-letto;
- r - centro di emodialisi aggregato alla medicina o chirurgia generale.

Tabella n. 4.3.11 a)

FABBISOGNO POSTI LETTO GLOBALE (*) PER USL

USL N.	*Posti-letto*
1.	130
2.	165
3.	702
4.	514
5.	319
6.	205
7.	220
8.	422
9.	159
10.	678
11.	468
12.	1.175
13.	241
14.	275
15.	685
16.	293
17.	256
18.	185
19.	205
20.	189
21.	635
22.	545
23.	130
24.	695
TOTALE	9.491

(*) Comprensivo dei posti-letto per psichiatria (cfr. tab. 4.3.11 b)

Il numero dei posti-letto negli stabilimenti ospedalieri dovrà gradualmente tendere al rapporto 1/10.000 al realizzarsi delle strutture e servizi alternativi al ricovero.
In tutte le USL devono essere attivati 10/20 posti-letto in proporzione agli abitanti e alle esigenze del territorio in una o più strutture differenziate (case famiglia, case protette, centri notturni).
Nelle USL sedi di servizi ospedalieri a supporto dell'assistenza psichiatrica deve essere attivata una struttura di 15 p/l per le degenze prolungate. Nell'ambito della programmazione regionale deve essere assicurata l'utilizzazione dei servizi territoriali extraospedalieri e dei servizi con degenza relativi alla salute mentale di cui all'art. 34 della legge 23.12.1978 n. 833 necessari per i fini didattici e di ricerca dell'università.
L'unità operativa di salute mentale a direzione universitaria convenzionata con la USL 12 rientra tra le strutture indicate all'art. 34 della legge 23.12.1978, n. 833 e regolamentata dalle relative leggi regionali.
Per evitare degenze occulte nei servizi psichiatrici delle USL e nelle case di cura private le commissioni avranno i compiti di controllare sia sulla corretta modalità dei ricoveri, sia sulla loro durata.

Tabella n. 4.3.11 b)

FABBISOGNO DI POSTI-LETTO DI PSICHIATRIA PER USL

USL	*Posti-letto*
3.	15 + 7
4.	15
5.	10
8.	7
9.	4
10.	8
11.	8
12.	15 + 10
13.	6
15.	20
16.	8
17.	6
19.	10
21.	20
22.	10
24.	15
TOTALE	194

Tabella n. 4.3.12 a)

CONFRONTO TRA PREVISIONI E STATO ATTUALE

USL	*Stabilimento ospedaliero*	*Posti-letto esistenti*	*posti-letto previsti in un solo stabilimento ospedaliero per USL (esclusi i posti-letto di psichiatria)*	*esiste uno stabilimento ospedaliero di dimensioni congrue*
1	Novafeltria	160	130	SI
2	Macerata Feltria	148		
	Sassocorvaro	203	165	SI
3	Mombaroccio	80		
	Pesaro - osp. civile	825		
	Pesaro - ex-sanitario	199	660	SI
4	Fano - osp. civile	542		
	Fano - pediatrico	75		
	Mondolfo	120	499	SI
5	Sant'Angelo in Vado	60		
	Urbania	120		
	Urbino	417	309	SI
6	Fossombrone	210		
	Mondavio	150	205	SI
7	Cagli	202		
	Pergola	105	220	NO
8	Corinaldo	198		
	Ostra	180		
	Ostra Vetere	54		
	Senigallia	526	415	SI
9	Chiaravalle	155		
	Montemarciano	60	155	SI
10	Cingoli	138		
	Cupramontana	50		
	Filottrano	96		
	Jesi - osp. civile	691		
	Jesi - Murri	158		
	Montecarotto	112	670	SI
11	Arcevia	115		
	Fabriano	259		
	Matelica	165		
	Sassoferrato	138	460	NO

Tabella n. 4.3.12 b)

USL	*Stabilimento ospedaliero*	*Posti-letto esistenti*	*posti-letto previsti in un solo stabilimento ospedaliero per USL (esclusi i posti-letto di psichiatria)*	*esiste uno stabilimento ospedaliero di dimensioni congrue*
12	Ancona - Lancisi	167		
	Ancona - Angelini	172		
	Ancona - Salesi	407		
	Ancona - Umberto 1°	331		
	Ancona - Villa Maria	74	1150	NO
13	Castelfidardo	163		
	Osimo - Muzio Gallo	302		
	Osimo - osp. civile	192	235	SI
14	Loreto	160		
	Recanati	234	275	NO
15	Corridonia	122		
	Macerata	714		
	Montecassiano	62		
	Pollenza	70		
	Treia	135	665	SI
16	Civitanova Marche	225	285	NO
17	Montegranaro	128		
	S. Elpidio a Mare	140	250	NO
18	S. Severino Marche	206	185	SI
19	San Ginesio	65		
	Sarnano	62		
	Tolentino	211	195	SI
20	Camerino	374	189	SI
21	Falerone	60		
	Fermo	550		
	Montegiorgio	150		
	Petritoli	130		
	Porto S. Giorgio	270	615	NO
22	Montefiore dell'Aso	83		
	Ripatransone	130		
	S. Benedetto del Tronto	410	535	NO
23	Amandola	130		
	Force	25	130	SI
24	Ascoli Piceno - Luciani	202		
	Ascoli Piceno - Civile	528		
	Offida	92	680	SI (1)

(*) Vedi nota tab. 4.3.13

(1) Nel nuovo stabilimento ospedaliero di Ascoli Piceno - Monticelli

Tabella n. 4.3.13

OBIETTIVI DI USL PER IL TRIENNIO OTTOBRE 1982 - SETTEMBRE 1985 RELATIVI AL COMPARTO OSPEDALIERO (*)

USL n. 1

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL dispone di una emoteca.
Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 130 complessivi, per i quali è largamente sufficiente la sede di Novafeltria.
Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 2

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL dispone dei servizi di: emodialisi (assistenza limitata) e trasfusionale.
Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 165 complessivi, per i quali è sufficiente lo stabilimento di Sassocorvaro che già oggi costituisce luogo di ricovero della maggior parte dei residenti nella USL n. 2.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983*
   — definire un programma di trasformazione dei presidi ospedalieri esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità alla integrazione dei servizi che devono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
b) *entro l'anno 1984*
   — dare inizio ai provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare riguardo alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
c) *entro l'anno 1985*
   — dare corso ai provvedimenti di attuazione del programma anzidetto. Il processo di conversione dell'ospedale di Macerata Feltria si avvierà entro il termine del triennio di validità del piano, tenendo conto delle valutazioni progettuali che potranno essere formulate dall'Associazione dei Comuni.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 3

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:

— reparti di cardiologia, dermatologia, ematologia, malattie infettive, neurologia, oculistica, ortopedia-traumatologia con una sezione di microchirurgia della mano a valenza regionale, otorinolaringoiatria, pneumologia, urologia, nefrologia. La divisione di ostetricia e ginecologia deve provvedere anche al trattamento dei parti a rischio;
— servizi di anatomia ed istologia patologica, broncoscopia, dietetica, emodialisi, endoscopia digestiva, fisiopatologia respiratoria, neurofisiopatologia, neuropsichiatria infantile, psichiatria, trasfusionale, medicina nucleare e odontostomatologia.

Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 702 complessivi, per i quali si prevede la concentrazione in un solo stabilimento localizzato a Pesaro.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
   — definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire

(*) Il numero dei posti letto indicato come obiettivo *comprende* tutti i posti previsti, fatte salve solo le eccezioni seguenti:
a) culle;
b) letti di astanteria, osservazioni e simili;
c) letti per attività emodialitiche (di cui al piano votato dal consiglio);
d) letti di rianimazione;

In particolare:
a) le culle per terapia intensiva neonatale sono sempre da ricomprendere tra i letti del reparto pediatrico;
b) i letti per terapia intensiva coronarica sono sempre da ricomprendere tra i letti del reparto di cardiologia.

nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
- definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti;

b) *entro l'anno 1984:*
- dare corso ai primi provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare riguardo alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";

c) *entro l'anno 1985:*
- ridurre da 3 a 1 gli stabilimenti in esercizio.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazine, nelle attività territoriali.

USL n. 4

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre di:
- reparto di oculistica, ortopedia-traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia e neuropsichiatria infantile;
- servizi di psichiatria, trasfusionale, odontostomatologia, emodialisi (assistenza limitata) e cardiologia (autonoma).

Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 514, per i quali si prevede un solo stabilimento localizzato a Fano.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
- definire un programma di trasformazione dei presidi ospedalieri esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
- definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti ospedalieri;

b) *entro l'anno 1984:*
- dare corso ai primi provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare riguardo alle connessioni con il progetto obiettivo "tutela materno-infantile";

c) *entro l'anno 1985:*
- ridurre da 2 a 1 gli stabilimenti in esercizio.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 5

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
- reparti di oculistica, ortopedia-traumatologia, otorinolaringoiatria, endocrinologia e neurologia;
- servizi di psichiatria, neurofisiopatologia, trasfusionale, odontostomatologia, emodialisi (assistenza limitata) e cardiologia (autonoma).

Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 319, per i quali si prevede un solo stabilimento localizzato a Urbino, da completare.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
- definire un programma di trasformazione dei presidi ospedalieri esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
- definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti ospedalieri;

b) *entro l'anno 1984:*
- dare corso ai provvedimenti di attuazione del programma anzidetto con particolare riguardo alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";

c) *entro l'anno 1985:*
- ridurre da 3 a 1 gli stabilimenti in esercizio.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 6

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL dispone di una emoteca.
Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 205 complessivi, per i quali si prevede un solo stabilimento ospedaliero localizzato a Fossombrone.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
   - definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
   - definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti;

b) *entro l'anno 1984:*
   - dare corso ai primi provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";

c) *entro l'anno 1985:*
   - ridurre da due a uno gli stabilimenti ospedalieri in esercizio.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare in pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 7

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
- reparto di ortopedia-traumatologia;
- servizi trasfusionale ed emodialisi (assistenza limitata).

Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 220 complessivi, per collocare i quali non esiste a tutt'oggi uno stabilimento ospedaliero capace di ospitarli. In tale situazione — considerato che il maggior numero dei residenti nell'USL stessa si rivolge all'ospedale di Cagli — si ritiene opportuno puntare su tale stabilimento ospedaliero quale polo di riferimento principale.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
   - definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
   - definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione dello stabilimento di Pergola (2ª fase);

b) *entro l'anno 1984:*
   - dare corso ai primi provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile".

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 8

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
- reparti di neurologia, oculistica, ortopedia-traumatologia e otorinolaringoiatria;
- servizi di emodialisi, psichiatria, cardiologia (autonoma), neurofisiopatologia, trasfusionale e odontostomatologia.

Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 422, per i quali si prevede un solo stabilimento ospedaliero localizzato a Senigallia.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
   - definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile"; definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti;

b) *entro l'anno 1984:*
   - dare corso ai primi provvedimenti del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";

c) *entro l'anno 1985:*
   - ridurre da 4 a 1 gli stabilimenti in esercizio: la complessa attrezzatura di emodialisi di Ostra sarà trasferita presso l'ospedale di Senigallia nel 1985.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 9

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
- servizi di psichiatria e trasfusionale.

Il numero di posti letto di obiettivo è pari a 159 complessivi, per i quali si prevede un solo stabilimento ospedaliero localizzato a Chiaravalle.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
   - definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
   - definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti;

b) *entro l'anno 1984·*
   - dare corso ai provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";

c) *entro l'anno 1985:*
   - ridurre da 2 a 1 gli stabilimenti in esercizio.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 10

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
- reparti di malattie infettive, neurologia, oculistica, ortopedia-traumatologia, otorinolaringoiatria, pneumologia ed urologia;
- servizi di broncoscopia, emodialisi (assistenza limitata), cardiologia (autonoma), fisiopatologia respiratoria, neurofisiopatologia, psichiatria, odontostomatologia, trasfusionale. Fino al termine di validità del piano, l'USL conserva il servizio di dermatologia.

Il numero dei posti letto complessivi è pari a 678, per i quali è da prevedersi nel tempo la concentrazione a Jesi.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
   - definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
   - definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti;

b) *entro l'anno 1984:*
   - dare corso ai primi provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";

c) *entro l'anno 1985:*
   - ridurre da 6 a 2 gli stabilimenti in esercizio.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 11

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
- reparto di ortopedia-traumatologia, otorinolaringoiatria, oculistica;

— servizio di psichiatria, emodialisi (assistenza limitata), trasfusionale, odontostomatologia;

Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 468 complessivi, per i quali è da prevedersi, nel tempo, la concentrazione a Fabriano.

In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
   - definire un programa di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire, nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
   - definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti;

b) *entro l'anno 1984:*
   - dare corso ai provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";

c) *entro l'anno 1985:*
   - ridurre da 4 a 3 gli stabilimenti di esercizio.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 12

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:

- reparti di cardiochirurgia, cardiologia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, dermatologia, gastroenterologia, malattie infettive, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, oculistica, odontostomatologia, ortopedia-traumatologia, otorinolaringoiatria, pneumologia, urologia, ematologia, endocrinologia, neuropsichiatria infantile e analgesia. La divisione di ostetricia e ginecologia deve provvedere al trattamento dei parti a rischio;
- servizi di anatomia ed istologia patologica, angiologia, broncoscopia, dietetica, emodialisi, endoscopia digestiva, farmacologia e tossicologia clinica (centro antiveleni), fisiopatologia cardiovascolare, neuroradiologia, fisiopatologia digestiva, fisiopatologia respiratoria, igiene ospedaliera, medicina nucleare, neurofisiopatologia, psichiatria, radioterapia, oltre al D.E.A. di II livello, immunologia clinica e tipizzazione tissutale, microscopia elettronica, trasfusionale, fonoaudiologia, epilessia e citologia. La disponibilità dei posti letto nella città di Ancona è la seguente:

— Cardiologico	n.	156
— Oncologico	n.	155
— Pediatrico	n.	407
— Umberto I	n.	851
— Villa Maria	n.	74
— INRCA	n.	600
	n.	2243

In particolare gli ospedali pubblici di Ancona, escluso l'INRCA, hanno in complesso 1643 posti-letto con una presenza media giornaliera pari a circa 2/3 della disponibilità e pongono pertanto l'esigenza indilazionabile di un'unica sede presso il costruendo stabilimento ospedaliero di Torrette; stabilimento che deve essere completato quanto prima anche con il finanziamento derivante dall'alienazione dell'attuale patrimonio immobiliare che costituisce interesse peculiare della Regione Marche, onde il trasferimento avvenga nei tempi più rapidi possibili.

Obiettivi per il triennio

Entro il triennio dare corso alla riduzione dei posti-letto degli ospedali pubblici ad un massimo di 1175, da ripartire fra tutte le specialità indicate dal piano, ivi compresa la funzione di oncologia, con area di utenza regionale e interregionale, per la quale è necessario definire il numero di posti-letto e le modalità organizzative. Di tale numero complessivo di posti-letto fanno parte i 450 che saranno utilizzati dalla Facoltà di Medicina di Ancona.

La convenzione con l'INRCA potrà prevedere un utilizzo di un massimo di 350 posti-letto..

La complessità della situazione della USL n. 12 - Ancona stante la presenza della Facoltà di Medicina, di un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, di stabilimenti ospedalieri specializzati il cui accorpamento in un unico plesso pone problemi di difficile soluzione a tempi brevi, la funzione multizonale di alcuni presidi, comporta la esigenza di prevedere un progetto specifico per l'attuazione del piano sanitario nella USL di Ancona.

Per la elaborazione di tale progetto la giunta regionale, entro 30 giorni dalla data di approvazione del piano da parte del consiglio, istituisce un gruppo di lavoro composto da esperti designati dalla giunta regionale stessa, dall'USL, dall'università e dall'INRCA.

Il gruppo di lavoro è presieduto da un rappresentante della giunta regionale.

Il gruppo di lavoro dovrà consegnare alla giunta regionale il testo del progetto e la relazione generale entro sei mesi dalla data di insediamento.
L'elaborazione del progetto da parte del gruppo di lavoro è soggetta ai seguenti vincoli:
a) rispetto del tetto massimo del numero dei posti-letto;
b) completamento del lotto funzionale dell'Ospedale di Ancona-Torrette entro il 1983 con finanziamenti regionali e nazionali;
c) verifica della corrispondenza del progetto generale esistente dell'Ospedale di Ancona-Torrette agli obiettivi del piano;
d) definizione, sentito il comune di Ancona, del fabbisogno finanziario per il completamento dell'Ospedale di Ancona-Torrette.
La giunta regionale, sentite le competenti commissioni consiliari, approva il progetto entro trenta giorni dalla data di consegna da parte del gruppo di lavoro.

USL n. 13

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
— reparti di urologia e pneumologia;
— servizi di psichiatria, broncoscopia, fisiopatologia respiratoria, trasfusionale ed emodialisi (assistenza limitata).
Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 241 complessivi, per i quali è da prevedersi la concentrazione — nel tempo — a Osimo, con la costruzione, per mezzo di un piano di utilizzo delle proprietà immobiliari ex-ospedaliere, di una nuova sede in località baricentrica al territorio della USL ovvero, qualora non ne sussistano le condizioni finanziarie, utilizzando, previa ristrutturazione, la sede dell'ospedale ex-sanatoriale Muzio Gallo.
Nella fase transitoria e in relazione alle disponibilità finanziarie per gli investimenti di cui sopra, il servizio è garantito dall'ospedale S.S. Benvenuto e Rocco.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:
a) *entro l'anno 1983:*
   — definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
   — definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti;
b) *entro l'anno 1984:*
   — dare corso ai provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
c) *entro l'anno 1985:*
   — ridurre da 3 a 1 gli stabilimenti in esercizio.
Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 14

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL dispone dei servizi trasfusionale ed emodialisi (assistenza limitata).
Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 275 complessivi, per i quali si prevede la concentrazione — nel tempo — a Recanati.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:
a) *entro l'anno 1983:*
   — definire un programma di trasformazione dei presidi ospedalieri esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
   — definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti ospedalieri;
b) *entro l'anno 1984:*
   — dare corso ai provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni per il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile".
Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 15

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
- reparti di cardiologia, dermatologia, malattie infettive, neurologia, oculistica, ortopedia-traumatologia, otorinolaringoiatria, pneumologia, urologia, nefrologia. La divisione di ostetricia e ginecologia deve provvedere anche al trattamento dei parti a rischio;
- servizi di anatomia ed istologia patologica, broncoscopia, dietetica, emodialisi, endoscopia digestiva, fisiopatologia respiratoria, neurofisiopatologia, neuropsichiatria infantile, psichiatria, trasfusionale, medicina nucleare e odontostomatologia.

Il numero dei posti letto complessivi è pari a 685, per i quali si prevede un solo stabilimento ospedaliero localizzato a Macerata.
Ai posti-letto di cui sopra si aggiungono n. 40 posti-letto da convenzionare con l'INRCA per il presidio di Appignano.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
   - definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
   - definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti ospedalieri, ivi compreso quello di Corridonia per il quale, fino a quando l'ospedale di Macerata non sara completato, si conferma il carattere sussidiario (vedi tabella del par. 1.3.3.);

b) *entro l'anno 1984:*
   - dare corso ai primi provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";

c) *entro l'anno 1985:*
   - ridurre da 5 a 2 gli stabilimenti in esercizio.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 16

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
- reparti di otorinolaringoiatria, neurologia, ortopedia-traumatologia, urologia, oculistica;
- servizi di psichiatria, neurofisiopatologia, trasfusionale, odontostomatologia e emodialisi (assistenza limitata).

Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 293 complessivi, per i quali risulta di dimensioni insufficienti lo stabilimento ospedaliero di Civitanova Marche.
Entro il triennio
Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali e di completare lo stabilimento.

USL n. 17

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di un servizio di psichiatria ed una emoteca.
Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 256 complessivi, per i quali si prevede — nel tempo — la concentrazione a Sant'Elpidio a Mare.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
   - definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
   - definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti;

b) *entro gli anni 1984/1985:*
   - dare corso ai provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle

connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile"
Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 18

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre del reparto di oculistica e del servizio di emoteca.
Il numero di posti letto di obiettivo è di 185 complessivi, per i quali risulta di dimensioni sufficienti lo stabilimento ospedaliero di San Severino Marche.
Entro il triennio

— obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 19

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre di:

— servizi di psichiatria, emodialisi ed una emoteca. Fino al termine di validità del piano l'USL conserva il servizio di dermatologia.

Il numero di posti letto di obiettivo è pari a 205 complessivi, per i quali si prevede un solo stabilimento ospedaliero localizzato a Tolentino.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:

a) *entro l'anno 1983:*
   — definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
   definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti;
b) *entro l'anno 1984:*
   — dare corso ai provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile"
c) *entro l'anno 1985:*
   — ridurre da 3 a 1 gli stabilimenti in esercizio.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 20

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve disporre anche di:

— reparti di ortopedia-traumatologia e otorinolaringoiatria;
— servizi di cardiologia (autonomo), trasfusionale e odontostomatologia.

Il numero di posti letto di obiettivo è pari a 189 complessivi, per i quali risulta di dimensioni sufficienti lo stabilimento ospedaliero di Camerino.
Si precisa che alla dotazione di n. 15 posti letto di ostetricia e ginecologia, prevista alla tab. 4.3.14, vanno aggiunti i posti letto necessari per la Scuola autonoma di ostetricia e ginecologia fino al limite complessivo di n. 40 posti-letto, così come previsto dalla attuale convenzione e fino alla durata della medesima.
Entro l'anno 1983:

. obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche con corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 21

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:

— reparti di malattie infettive, neurologia, oculistica, ortopedia-traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia;
— servizi di emodialisi (assistenza limitata), cardiologia (autonomo), neurofisiopatologia, psichiatria, trasfusionale e odontostomatologia.

Il numero di posti letto di obiettivo è pari a 635 complessivi, per i quali si prevede — nel tempo — la concentrazione a Fermo.
I posti-letto di cui sopra non sono comprensivi dei posti-letto da convenzionare con l'INRCA per il presidio di Fermo. La convenzione, che dovrà riguardare la riabilitazione, non deve comunque superare il numero massimo di 80 posti letto.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:
a) *entro l'anno 1983:*
  — definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti letto di obiettivo dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto obiettivo "tutela materno-infantile";
b) *entro l'anno 1984:*
  — dare corso ai primi provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
c) *entro l'anno 1985:*
  — ridurre da 5 a 3 gli stabilimenti in esercizio accelerando il processo di unificazione degli ospedali di Fermo e di Porto San Giorgio.
Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 22

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
— reparti di neurologia, oculistica, ortopedia-traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia e malattie infettive. La divisione di ostetricia e ginecologia deve provvedere anche al trattamento dei parti a rischio;
— servizi di cardiologia (autonomo), psichiatria, emodialisi, neurofisiopatologia, trasfusionale e odontostomatologia.
Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a 545 complessivi, per i quali si prevede un solo stabilimento ospedaliero localizzato a San Benedetto del Tronto, da completare.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:
a) *entro l'anno 1983:*
  — definire un programma di trasformazione dei presisi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
  — definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione degli altri stabilimenti;
b) *entro l'anno 1984:*
  — dare corso ai primi provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
c) *entro l'anno 1985:*
  — ridurre da 3 a 1 gli stabilimenti in esercizio, recuperando nella divisione di chirurgia generale dell'ospedale di S. Benedetto del Tronto, contestualmente alla sua capacità ricettiva, l'esperienza dell'équipe chirurgica di Ripatransone.
Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 23

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre del servizio trasfusionale e di emodialisi (assistenza limitata).
Il numero dei posti-letto di obiettivo è pari a 130 complessivi, per i quali è sufficiente la sede ospedaliera di Amandola.
In particolare gli obiettivi che vengono posti all'USL sono:
a) *entro l'anno 1983:*
  — definire un programma di trasformazione dei presidi esistenti — organicamente correlato con le previsioni di assetto di tutti i servizi sanitari — al fine di raggiungere i posti-letto di obiettivo e la loro localizzazione in sede unica dando priorità all'integrazione dei servizi che debbono intervenire nel progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";
  — definire in pari tempo il programma di conversione ad altra destinazione dell'altro stabilimento;

b) *entro l'anno 1984:*
   - dare corso ai provvedimenti di attuazione del programma anzidetto, con particolare attenzione alle connessioni con il progetto-obiettivo "tutela materno-infantile";

c) *entro l'anno 1985:*
   - ridurre da 2 a 1 gli stabilimenti in esercizio.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero. anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

USL n. 24

Oltre a quanto indicato come fabbisogno "di base" per ogni stabilimento ospedaliero, l'USL deve poter disporre anche di:
- reparti di dermatologia, malattie infettive, neurologia, ortopedia-traumatologia, otorinolaringoiatria, pneumologia, urologia, oculistica, cardiologia e nefrologia;
- servizi di anatomia ed istologia patologica, broncoscopia, dietetica, emodialisi, endoscopia digestiva, fisiopatologia respiratoria, neurofisiopatologia, neuropsichiatria infantile, trasfusionale, medicina nucleare, psichiatria e odontostomatologia.

Il numero dei posti letto di obiettivo è pari a n. 695 complessivi per i quali si prevede un solo stabilimento ospedaliero localizzato ad Ascoli Piceno.

In particolare:

a) *entro l'anno 1983:*
   - definire il programma di trasferimento di tutti i servizi ospedalieri dipendenti, nonché la trasformazione dell'Ospedale Luciani nel reparto di pneumologia e nei servizi di fisiopatologia respiratoria, broncoscopia e nel servizio di rieducazione funzionale;

b) *entro l'anno 1984:*
   - completare l'attuazione del programma di cui al punto a);

c) *entro l'anno 1985:*
   - il processo di conversione dell'Ospedale L. Luciani si avvierà entro il termine del triennio di validità del piano, anche per la definizione della sede più idonea, tenendo conto delle valutazioni progettuali che potranno essere formulate dall'associazione dei comuni.

     Il processo di conversione dell'Ospedale di Offida si avvierà entro il termine del triennio di validità del piano, tenendo conto delle valutazioni progettuali che potranno essere formulate dall'associazione dei Comuni.

Obiettivo che viene posto all'USL è quello di adeguare la pianta organica alla nuova dimensione ospedaliera, utilizzando il personale eventualmente in soprannumero, anche previ corsi di riqualificazione, nelle attività territoriali.

Tabella n 4 3 14 a)

FABBISOGNO POSTI LETTO E PROSPETTO RIASSUNTIVO DEL PERSONALE MEDICO PER USL

USL	MEDICINA GEN.				CHIRURGIA GEN.				OSTETRICIA-GINEC.				PEDIATRIA				ORTOPEDIA				OTORINO				OCULISTICA			
	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.
1	50	1	3	3	50	1	3	3	15	1	1	1	15	1	1	1												
2	75	1	3	3	60	1	3	3	15	1	1	1	15	1	1	1												
3	100	2	4	4	90	1	3	4	60	1	3	3	45	1	2	3	80	1	4	4	20	1	1	2	25	1	1	2
4	140	2	4	6	90	1	4	4	40	1	2	3	35	1	2	3	70	1	3	3	25	1	1	2	30	1	1	2
5	70	1	3	3	70	1	3	3	30	1	2	2	20	1	1	2	45	1	2	2	15	1	1	1	15	1	1	1
6	90	1	5	5	80	1	4	4	20	1	1	1	15	1	1	1												
7	100	1	4	4	70	1	3	3	15	1	1	1	15	1	1	1	20	1	1	1								
8	120	2	4	6	100	2	4	4	40	1	2	3	30	1	2	2	40	1	2	2	15	1	1	1	15	1	1	1
9	50	1	3	3	50	1	3	3	30	1	2	2	25	1	1	2												
10	140	2	4	6	140	2	4	6	60	1	3	3	45	1	2	3	60	1	2	3	15	1	1	1	20	1	1	2
11	170	2	6	6	150	2	6	6	40	1	2	3	30	1	2	2	40	1	2	2	15	1	1	2	15	1	1	2
12	180	3	6	12	120	3	6	9	70	2	6	6	60	2	6	6	130	2	6	6	30(*)	2	3	3	40	2	4	4
13	60	1	3	3	70	1	3	3	25	1	1	2	20	1	1	2												
14	120	1	4	6	100	1	6	6	30	1	2	2	25	1	2	2												
15	185	2	6	10	130	2	6	6	50	1	3	3	30	1	2	3	70	1	3	3	20	1	1	2	30	1	2	2
16	60	1	3	3	60	1	3	3	30	1	2	2	25	1	2	2	30	1	2	2	15	1	1	1	20	1	1	2
17	100	1	3	4	80	1	3	4	40	1	2	3	30	1	2	2												
18	70	1	3	4	70	1	3	3	15	1	1	1	15	1	1	1									15	1	1	1
19	80	1	3	3	80	1	3	3	20	1	1	2	15	1	1	1												
20	50	1	2	2	50	1	2	2	15	1	1	1	15	1	1	1	30	1	2	2	15	1	1	1				
21	170	2	6	6	130	2	4	6	50	1	3	3	40	1	2	3	90	1	3	4	25	1	1	2	30	1	2	2
22	160	2	6	6	130	2	4	6	50	1	3	3	40	1	2	3	55	1	2	3	15	1	1	1	20	1	1	2
23	50	1	2	3	50	1	3	3	15	1	1	1	15	1	1	1												
24	140	2	6	6	120	2	4	6	60	1	3	3	40	1	2	3	75	1	3	3	25	1	1	1	30	1	1	2
Totale	2.530	35	96	117	2.140	33	90	103	835	25	49	55	660	25	41	51	835	15	37	40	250	14	15	20	305	14	18	25

NOTE — Tra gli aiuti di medicina generale dovra esserne previsto almeno 1 con la specializzazione in cardiologia

— Il numero degli aiuti nelle UU.SS LL. nn. 1, 2, 6, 9, 14 17, 18 19 e 23 e stato aumentato per attivita di pronto soccorso

( ) Comprensivo di audiovestibologia e audiofonoiatria

(*) La divisione di otorino ricomprende il servizio di fono audiologia

Tabella n 4 3 14 b)

FABBISOGNO POSTI LETTO E PROSPETTO RIASSUNTIVO DEL PERSONALE MEDICO PER USL

	CARDIOLOGIA				NEUROLOGIA				UROLOGIA				DERMATOLOGIA				PNEUMOLOGIA				ODONTOSTOMATOL.				MAL. INFETTIVE			
	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.
1																												
2																												
3	30	1	3	6	30	1	1	2	50	1	2	3	30	1	1	2	60	1	3	3					15	1	1	1
4	14(a)	1	2	5					40	1	2	2																
5	14(a)	1	2	5	15	1	1	2																				
6																												
7																												
8	15(a)	1	2	5	40	1	2	2																				
9																												
10	15(a)	1	2	5	40	1	2	2	60	1	2	3					60	1	3	3					15	1	1	1
11	(b)																											
12	80	2	10	18	30 (x)	2	4	3	40	2	5	5	30	2	2	2	30	1	2	2	15	1	4	4	20	1	1	2
13									30	1	1	2					30	1	2	2								
14																												
15	30	1	3	6	15	1	1	2	30	1	2	2	15	1	1	1	30	1	3	3					15	1	1	1
16	(b)				15	1	1	2	30	1	1	2																
17																												
18																												
19																												
20	14(a)	1	2	5																								
21	20(a)	1	2	5	15	1	1	2	30	1	2	2													15	1	1	1
22	20(a)	1	2	5	15	1	1	2	15	1	1	1													15	1	1	1
23																												
24	30	1	3	6	15	1	1	2	40	1	2	2	15	1	1	1	60	1	3	3					15	1	1	1
Totale	282	12	33	71	230	11	15	21	365	11	20	24	90	5	5	6	270	6	16	16	15	1	4	4	110	7	7	8

(a) Servizio autonomo
(b) Servizio autonomo da realizzare nella seconda fase
(x) Comprensivo di Epilessia

Tabella n 4 3 14 c)

FABBISOGNO POSTI LETTO E PROSPETTO RIASSUNTIVO DEL PERSONALE MEDICO PER USL

USL	NEFROLOGIA				CARDIO CHIRURGIA				NEUROCHIRURGIA				GASTROENTEROL.				EMATOLOGIA				ENDOCRINOLOGIA				NEUROPSICH. INF.			
	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.
1																												
2																												
3	15	—	2	6													30	1	2	7								
4																									15	1	2	2
5																					15	1	1	2				
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12	30	1	5	5	30	1	6	6	30	2	4	4	30	1	3	4	15	—	1	2	15	1	2	2	15	1	2	2
13																												
14																												
15	15	—	2	6																								
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24	15	—	2	6																								
Totale	75	1	11	23	30	1	6	6	30	2	4	4	30	1	3	4	45	1	3	9	30	2	3	4	30	2	4	4

Tabella n 4 3 14 d)

FABBISOGNO POSTI LETTO E PROSPETTO RIASSUNTIVO DEL PERSONALE MEDICO PER USL

USL	CHIRUR. PEDIATR.				CHIRUR. TORACICA				CHIRUR. VASCOLARE				CHIRUR. MAX. FACC.				CHIRUR. PLASTICA				ANALGESIA				DIREZ. SAN.			TOTALE				Totale personale medico
	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	prim.	aiuto	ass.	P.L.	prim.	aiuto	ass.	
1																									—	1	—	130	4	9	8	21
2																									—	1	—	165	4	9	8	21
3																									1	1	1	680	16	34	53	103
4																									1	1	1	499	12	24	33	69
5																									1	—	1	309	11	17	24	52
6																									—	1	—	205	4	12	11	27
7																									—	1	—	220	5	11	10	26
8																									1	1	—	415	12	21	26	59
9																									—	1	—	155	4	10	10	24
10																									1	1	1	670	15	28	39	82
11																									1	1	1	460	10	21	24	55
12	30	1	3	3	15	1	3	3	15	1	3	3	15	1	3	3	15	1	3	3	20	1	2	3	1	1	2	1150	41	106	127	274
13																									—	1	—	235	6	12	14	32
14																									—	1	—	275	4	15	16	35
15																									1	1	1	665	16	37	51	104
16																									—	1	1	285	9	17	20	46
17																									—	1		250	4	11	13	28
18																									—	1	—	185	5	10	10	25
19																									—	1	1	195	4	9	10	23
20																									—	1	—	189	7	12	14	33
21																									1	1	1	615	14	28	37	79
22																									1	1	1	535	14	25	34	73
23																									—	1	—	130	4	8	8	20
24																									1	1	1	680	16	34	46	96
Totale	30	1	3	3	15	1	3	3	15	1	3	3	15	1	3	3	15	1	3	3	20	1	2	3	11	23	13	9.297	241	520	646	1.407

Tabella n 4 3 15

FABBISOGNO DI PERSONALE MEDICO E NON MEDICO DEI SERVIZI (AUTONOMI) PER USL

USL n.	SERVIZI																				
	RADIOLOGIA			LABORATORIO ANALISI					P. SOCC.-ACCETTAZ. OSSERVAZ.			ANESTES. E RIANIM.			REC. E RIED.NE FUN.				FARMACIA		
	Medici			Medici			Laureati		Medici			Medici			Medici				Medici		
	Prim.	Aiuti	Assis.	Prim.	Aiuti	Assis.	Biolog.	Chim.	Prim.	Aiuti	Assis.	Prim.	Aiuti	Assis.	Prim.	Aiuti	Assis.	Terap. Riabil.	Dir. Far.	Col. Far.	Tecnici di farm.
1	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	3	1	—	1
2	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	3	1	—	1
3 (a)	1	4	6	1	2	4	2	2	1	5	5	1(b)	5	6	1	2	2	15	1	3	3
4	1	2	5	1	2	4	2	2	—	5	3	1	4	4	1	1	1	15	1	2	3
5	1	1	1	1	1	2	1	—	—	5	3	1	1	1	—	1	1	6	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	3	1	—	1
7	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	6	1	—	1
8	1	2	4	1	1	2	1	—	—	5	3	1	3	4	1	1	1	12	1	1	3
9	1	1	2	1	1	2	1	—	—	—	—	1	1	1	—	1	1	9	1	—	1
10	1	2	6	1	2	4	2	2	—	5	3	1	4	5	1	2	2	15	1	1	4
11	1	1	3	1	1	2	1	—	—	5	3	1	3	4	—	1	1	9	1	1	2
12	3	8	15	3	3	6	2	2	2	6	7	3	15	17	1	2	3	30	1	4	3
13	1	1	1	1	1	2	1	—	—	—	—	1	1	2	—	1	1	6	1	—	1
14	1	1	1	1	1	2	1	—	—	—	—	1	1	2	—	1	1	9	1	—	2
15	1	4	6	1	2	4	2	2	1	5	5	1(b)	4	4	1	2	2	15	1	3	3
16	1	1	1	1	1	2	1	—	—	5	3	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1
17	1	1	3	1	1	2	1	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	9	1	—	2
18	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	3	1	—	1
19	1	1	1	1	1	2	1	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	6	1	—	1
20	1	1	1	1	1	1	—	—	—	3	3	1	1	1	—	1	—	3	1	1	1
21	1	2	6	1	2	4	2	2	1	5	3	1(b)	4	4	1	2	2	15	1	2	2
22	1	2	5	1	2	4	2	2	1	5	5	1(b)	4	4	1	2	2	15	1	2	2
23	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	3	1	—	1
24	1	4	6	1	2	4	2	2	1	5	5	1(b)	4	5	1	2	2	15	1	3	3
TOTALE	26	45	79	26	33	69	25	16	7	64	51	26	64	73	10	31	23	234	24	25	45

NOTE:
(*) Il personale non medico non indicato nella tabella, necessario per i servizi, viene determinato dalla USL
(a) Nel centro di rianimazione dell'USL n. 3 vengono svolte le attività di anti-veleno
(b) Centro di rianimazione

Tabella n 4 3 16 a)

FABBISOGNO DI PERSONALE MEDICO E NON MEDICO DEI SERVIZI (AUTONOMI) PER USL

USL n.	SERVIZI																							
	ANATOMIA E ISTOL. PATOLOGICA *				DIETETICA				FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA				IGIENE OSPEDALIERA				MEDICINA NUCLEARE				CITOLOGIA			
	P	A	AS	L	P	A	AS	L	P	A	AS	L	P	A	AS	L	P	A	AS	L	P	A	AS	L
1																								
2																								
3	1	2	3	2	1	1	—	—									a)	1	2	—				
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12	1	4	4	4	1	1	2	—	1	1	1	1	1	1	3	3	1	2	2	1	1	2	2	—
13																								
14																								
15	1	2	3	2	1	1	—	—									a)	1	2	—				
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24	1	2	3	2	1	1	—	—									a)	1	2	—				
TOTALE	4	10	13	10	4	4	2	—	1	1	1	1	1	1	3	3	1	5	8	1	1	2	2	—

(*) Le attività preoperatorie attualmente svolte dal laboratorio di analisi chimico cliniche nelle UU SS LL 4 8 e 10 cesseranno contestualmente all attivazione del servizio di anatomia e istologia patologica nelle UU SS.LL 15 e 24

a) come parte integrante del servizio di radiologia.

LEGENDA P primario A - aiuto AS assistente L laureati dei ruoli speciali (biologi, chimici fisici)

Tabella n 4 3 16 b)

FABBISOGNO DI PERSONALE MEDICO E NON MEDICO DEI SERVIZI (AUTONOMI) PER USL

USL n.	SERVIZI: RADIOTERAPIA				EMODIALISI				TRASFUSIONALE				ODONTOSTOMATOLOG.				NEURORADIOLOGIA				DERMATOLOGIA			
	P	A	AS	L	P	A	AS	L	P	A	AS	L	P	A	AS	L	P	A	AS	L	P	A	AS	L
1																								
2					—	—	—	—	—	1	—	—												
3					—	a)	a)	—	1	1	2	1	1	1	2	—								
4					—	—	—	—	1	1	1	1	1	1	2	—								
5					—	—	—	—	1	1	—	1	1	1	1	—								
6																								
7					—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—								
8					—	1	2	—	1	1	1	1	1	1	1	—								
9					—	—	—	—	—	1	—	—												
10					—	—	—	—	1	1	1	1	1	1	1	—					—	1	1	—
11					—	—	—	—	1	1	—	1	1	1	1	—								
12	1	1	3	1	—	a)	a)	—	1	3	3	3	—	—	—	—	1	2	3	—				
13					—	—	—	—	—	1	—	—												
14					—	—	—	—	—	1	—	—												
15					—	a)	a)	—	1	1	2	1	1	1	2	—								
16					—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	1	—								
17																								
18																								
19					—	1	2	—													—	1	1	—
20					—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	1	—								
21					—	—	—	—	1	1	1	1	1	1	1	—								
22					—	1	2	—	1	1	1	1	1	1	1	—								
23					—	—	—	—	—	1	—	—												
24					—	a)	a)	—	1	1	2	1	1	1	2	—								
TOTALE	1	1	3	1	—	3	6	—	11	21	14	13	12	12	16	—	1	2	3	—	—	2	2	—

a) *Il personale medico è computato nel reparto di nefrologia*

LEGENDA P - primario A aiuto AS - assistente L - laureati dei ruoli speciali (biologi chimici, fisici)

Tabella n. 4.3.17

FABBISOGNO PERSONALE INFERMIERISTICO ED AUSILIARIO SULLA BASE DELLE PRESENZE MEDIE GIORNALIERE PREVEDIBILI

USL	*Presenze medie giornaliere prevedibili*	FABBISOGNO		
		Infermieri	*Ausiliari*	*Totale*
1	91,7	53	18	71
2	121,0	70	23	93
3	597,3	346	114	460
4	441,9	256	84	340
5	273,8	159	48	207
6	155,2	90	30	120
7	168,2	98	32	130
8	352,9	205	67	272
9	121,9	71	23	94
10	583,4	338	112	450
11	341,1	198	65	263
12	1.045,7	697	230	927
13	188,2	109	36	145
14	216,2	125	41	166
15	627,8	364	120	484
16	244,5	142	47	189
17	204,8	119	39	158
18	133,0	77	25	102
19	160,4	93	31	124
20	146,6	85	28	113
21	548,4	318	105	423
22	466,6	271	89	360
23	91,7	53	17	70
24	535,4	311	102	413
TOTALE		4.648	1.526	6.174

4.3.6. Case di cura private

Le convenzioni tra le UU.SS.LL. e le istituzioni sanitarie private, di cui all'art. 44 della legge 23.12.1978, n. 833 sono stipulate e regolamentate sulla base di quanto stabilito dalla legge stessa e dagli atti legislativi ed amministrativi conseguenti a tale legge.
Nel primo triennio il numero dei posti letto da convenzionare nella Regione deve essere ridotto all'11 per cento dei posti letto degli ospedali pubblici previsti nel presente piano (dagli attuali 1.310 posti letto a 1.044).
Entro l'anno 1983 le UU.SS.LL. trasmettono agli organi regionali le variazioni, concordate con le case di cura e la loro associazione, in ordine alla modifica o riconversione delle attività, in modo da poter definire i livelli di convenzione per il triennio.
A tale fine l'esecutività delle convenzioni tra le singole UU.SS.LL. e le strutture private di ricovero e subordinata all'autorizzazione della giunta regionale.
Le convenzioni che verranno stipulate in aggiunta a quelle esistenti dovranno ottenere l'autorizzazione da parte della Regione.
Le case di cura private, debbono assicurare livelli di prestazione sanitaria non inferiori a quelle dei corrispondenti presidi e servizi delle UU.SS.LL. previste nel presente piano.

Tabella n 4 3 18

CASE PRIVATE DI CURA DELLA REGIONE MARCHE – ANNO 1979

		L.	R.	G.	N.	D.	O	O_{min}*	O_{max}*	N.*	Δ
8	Villa Silvia	50	512	18 137	49,69	35,42	99,38	57,21	65,63	32,82	+ 51,40
10	Villa Iolanda	87	757	26 503	72,61	35,01	83,46	65,34	72,60	63,16	+ 14,96
	Villa Serena	152	3 325	44 261	121,26	13,31	79,78	72,39	78,45	119,24	+ 1,69
12	Villa Adria	130	2 492	33 470	91,70	13,43	70,54	70,54	76,92	100,00	– 8,30
	Villa Igea	136	2 465	30 986	84,89	12,57	62,42	69,05	77,37	105,22	– 19,32
15	Marchetti	96	1 779	26 677	73,99	15,00	76,13	66,67	73,71	70,76	+ 4,56
	Specialistica	40	533	11 085	30,37	20,80	75,92	53,67	62,50	25,00	+ 21,48
	Villa Alba	121	4 060	37 071	101,56	9,13	83,94	69,65	76,19	92,19	+ 10,16
16	Villa dei Pini	85	1 870	24 608	67 42	13,16	79,32	65,02	72,33	61,48	+ 9,66
21	Villa Verde	92	3 109	30 495	83,55	9,81	90,81	66,10	73,23	67,37	+ 24,02
22	Stella Maris	70	2 214	21 264	58,26	9,60	83,23	62,27	70,00	49,00	+ 18,90
	Villa Anna	116	3 659	31 554	86,45	8,62	74,53	69,12	75,76	87,88	– 1 63
24	Villa S Giuseppe	75	527	19 211	52,63	36,45	70,18	63,26	70,84	53,13	– 0,94
	Villa S Marco	60	1 834	19 915	54,56	10,86	90,94	60,00	68,05	40,83	+ 33,63
TOTALE		1 310	29 136	375 237	1028,05	12,88	–	–	–	968,08	+ 6,19

LEGENDA:
- L - Letti dichiarati
- R - Ricoverati nel 1979
- G - Giornate di degenza nel 1979
- N - Presenti medi giornalieri nel 1979
- D - Durata media di degenza nel 1979
- O - Occupazione media nel 1979 (in percentuale)
- O_{min}* - Occupazione teorica minima ammissibile per i letti dichiarati
- O_{max}* - Occupazione teorica massima ammissibile per i letti dichiarati
- N* - Presenza media giornaliera ammissibile in dipendenza dell'occupazione teorica massima
- Δ - Scarto percentuale tra N ed N*

4.3.7. Rapporto Università-Regione

L'Università costituisce un momento culturale importante all'interno della Regione.
Lo sviluppo della comunità regionale può essere fortemente influenzato anche dal potenziamento delle Università e viceversa: il rispetto della reciproca autonomia non solo non deve impedire ma, al contrario, deve consentire una sempre maggiore ed efficace collaborazione nell'interesse del territorio e delle popolazioni. I rapporti tra Università e Regione sono regolati da convenzioni, ivi comprese quelle previste dall'art. 39 della legge 833/1978.
La particolare funzione didattico-scientifica della Università richiede, per l'organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali sedi di facoltà, logiche organizzative differenziate rispetto a quelle applicate per le altre unità sanitarie locali.
Deve essere infatti sottolineato che l'Università persegue obiettivi suoi propri ma concorre anche alla realizzazione degli obiettivi del presente piano socio-sanitario secondo le indicazioni fornite in varie parti del medesimo ed, in particolare:
a) costituisce la sede primaria per la ricerca biomedica finalizzata;
b) costituisce il momento di coinvolgimento operativo delle strutture sanitarie pubbliche nell'attività didattica del corso di laurea e delle scuole di specialità;
c) fornisce indicazioni operative e collabora alla realizzazione dei progetti-obiettivo;
d) concorre all'attività di formazione di base, specialistica e permanente delle figure professionali, necessarie per il funzionamento del servizio sanitario nazionale.
Le convenzioni Università-Regione e quelle conseguenti tra Università e le singole UU.SS.LL. fanno parte del presente piano socio-sanitario.

4.3.8. INRCA

Per quanto concerne l'INRCA, che nella nostra Regione è dotata di stabilimenti per l'assistenza ospedaliera in Ancona, a Fermo e ad Appignano, va preso atto che allo stesso è stata riconosciuta la qualifica di "Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico".
Ciò comporta l'esigenza di assoggettarlo al dominio della legge 833/1978 e di inserire nel contesto del PSR le strutture ed i servizi esistenti, provvedendo successivamente al loro riordino, nel quadro di un coordinamento con tutte le altre strutture pubbliche esistenti nel territorio.
L'attività di assistenza ospedaliera di detto Istituto dovendo essere comunque contenuta entro limiti quantitativi complementari all'attività di ricerca ed essere a questa strettamente finalizzata per quanto riguarda la qualità dei ricoveri, deve estrinsecarsi nell'ambito del fabbisogno dei posti letto così come determinato nel presente piano triennale.
La Regione definisce gli indirizzi ed i criteri per la riorganizzazione e ristrutturazione degli stabilimenti ospedalieri dell'INRCA attraverso:
a) la verifica rigorosa dell'attività svolta dagli istituti attualmente esistenti, ribadendo l'esigenza che i parametri fondamentali di questa verifica siano costituiti dal controllo sulla quantità delle risorse impiegate effettivamente nella ricerca, la consistenza e la qualificazione scientifica del personale e delle attrezzature, l'analisi dei programmi svolti o in progetto e dei risultati finora ottenuti;
b) la conseguente verifica dell'esistenza di condizioni valide per la ricerca, legando alla loro presenza il finanziamento dei singoli progetti;
c) l'introduzione di modifiche sostanziali nella gestione di questi istituti per ottenere:
   - una stretta integrazione tra la ricerca di base e la ricerca clinica;
   - il ricovero di pazienti strettamente collegati all'attività di ricerca in corso;
   - organici determinati tenendo conto dello svolgimento congiunto e strettamente correlato di compiti di assistenza e di ricerca.

Almeno sei mesi prima della scadenza dell'attuale riconoscimento dell'INRCA quale Istituto di ricerca, la Regione è impegnata ad esprimere motivato parere sulla sua riconferma o meno.

4.4. TERMALISMO TERAPEUTICO

4.4.1. Definizione del ruolo

La legge 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale disciplina, con l'art. 36, anche il termalismo terapeutico come una delle azioni per una attività globale di *prevenzione, cura e riabilitazione* della salute di tutti i cittadini. Le prestazioni termali, oltre all'importante aspetto sociale, debbono essere rivalutate e potenziate sotto il profilo sanitario tanto che sono garantite dal S.S.N. secondo criteri e modalità fissate sia dal piano triennale del governo sia da quello delle altre Regioni.
L'art. 36 della legge 833/1978 recita che tali prestazioni idrotermali, limitate al solo aspetto terapeutico, dovranno essere erogate presso gli appositi presidi e servizi nonché da aziende termali pubbliche o private riconosciute da legge regionale e regolarmente convenzionate con le UU.SS.LL. ai sensi del successivo art. 44 della legge 833 1978.
Tali premesse pongono pertanto l'esigenza di uno sviluppo programmato del vasto e complesso fenomeno del termalismo socio-terapeutico che dovrà assumere un nuovo ruolo nell'organizzazione socio-sanitaria delle Regioni, questo anche per valorizzare il patrimonio esistente e stimolare le esigenze dell'utenza regionale ed extra regionale che può trovare in tale

Tabella n. 4.4.01

ATTIVITA' TERMALE

USL n.	COMUNE	STABILIMENTI TERMALI	ACQUE MINERALI					APPLICAZIONI TERMALI							
			Salso - solfato - alcaline	Salso - bromo - iodiche	Sulfuree	Sulfuree - Salsoiodiche	Bicarbonato - alcaline	Fanghi	Bagni	Grotte	Inalazioni	Irrigazioni	Bibite	Insufflazioni endotimpaniche	Ventilazione polmonare
2	MONTEGRIMANO (PS) (a)	SOC. COOP. PRO MONTEGRIMANO					x						x		
4	CARIGNANO DI FANO (PS)	TERME DI CARIGNANO		x	x		x				x	x	x		
11	GENGA STAZ. (AN)	TERME DI S. VITTORE	x		x			x	x		x	x		x	
12	CAMERANO - ASPIO (AN) (a)	TERME DELL'ASPIO		x									x		
19	TOLENTINO (MC)	TERME DI S. LUCIA		x	x		x		x		x	x		x	
19	SARNANO (MC)	FONTI DI S. GIACOMO											x		
24	ACQUASANTA T. (AP)	NUOVE TERME DI ACQUASANTA	x				x	x	x	x	x	x		x	

(a) Trattasi di stabilimenti non convenzionati. Si è comunque prevista una spesa pari a quella prevista per Sarnano nel quadro del potenziamento delle attività del termalismo terapeutico.

settore una più valida risposta ai propri bisogni di benessere psico-fisico, riducendo così il ricorso al consumo di farmaci che ormai la cultura e la casistica hanno dimostrato come non sempre rispondente alle esigenze.
Una linea quindi di qualificazione e di sviluppo che impegna componenti determinanti del fenomeno termale: sanitario, turistico ed economico.

4.4.2. Assetto organizzativo

A tutt'oggi la regione presenta un quadro abbastanza omogeneo dei centri termali distribuiti nelle quattro province con la presenza di sette aziende termali, di cui due a gestione pubblica e cinque private, che soddisfano una domanda crescente di prestazioni sanitarie sia di utenti regionali che extraregionali.
Tali stabilimenti di cura offrono una estesa gamma di diverse qualità di acque, dalle sulfuree alle salsobromoiodiche e alle bicarbonato-alcaline che unitamente alle applicazioni di fanghi, ai bagni, alle irrigazioni e all'aerosol svolgono un'efficace azione non solo di cura ma di prevenzione naturale di diverse malattie, per lo più a decorso cronicizzante (tab. 4.4.01).
Uno degli obiettivi principali della riforma è quello di una diversa e migliore ripartizione della spesa per l'assistenza sanitaria, così come é avvenuta fino ad ora, che punti più su interventi di tipo preventivo e riabilitativo che curativo; ragione per cui le attività termali debbono essere sviluppate.

4.4.3. Indirizzi programmatici e obiettivi del triennio

Il piano intende pertanto perseguire una maggiore qualificazione dell'intervento sanitario termale e la sua completa integrazione con gli altri servizi previsti dalla riforma.
Presupposto fondamentale è che a livello centrale si addivenga ad una definitiva classificazione delle acque che dia certezza agli utenti e agli operatori, ne diffonda l'uso nel territorio e che a livello regionale si predisponga l'apposita legge prevista dall'art. 36 della legge 833/1978, così da conseguire quanto previsto dalla stessa legge: "promuovere la integrazione e la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali pubblici in particolare nel settore della riabilitazione e favorire la valorizzazione *sotto il profilo sanitario* delle altre aziende termali". In attesa della definizione, a livello nazionale, delle caratteristiche funzionali delle aziende termali e del completamento dell'attuazione dell'art. 36 della legge 833 1978 e dell'elaborazione di una proposta di legge nazionale sulla classificazione delle acque, si ritiene opportuno nell'arco del triennio di validità del piano regionale, non autorizzare l'apertura di nuovi stabilimenti ma di stimolare lo sviluppo, secondo precisi progetti, di quelli esistenti.
La vigilanza sull'attività dello stabilimento deve essere effettuata dall'USL nel cui territorio esiste lo stabilimento stesso.
La Regione, in collaborazione con le UU.SS.LL. e gli stabilimenti termali avvia, entro il 1983, una rilevazione dei dati relativi alle patologie più trattate nei centri di cura e agli effetti terapeutici ottenuti con la terapia termale.
Le prestazioni idrotermali sono assicurate a tutti gli assistibili:
— in forma diretta, presso stabilimenti termali pubblici o privati convenzionati nei limiti e secondo le modalità previste dall'apposito elenco in cui sono specificati i gruppi di affezioni per i quali è consentito il trattamento idrotermale;
— in forma indiretta, presso gli stabilimenti non convenzionati, con il concorso sulle spese sostenute nelle misure indicate dall'apposito elenco.

Entro il 1983 la giunta regionale predispone l'apposita proposta di legge regionale prevista dagli artt. 36 e 44 della legge 833/1978, che stabilisce norme per il convenzionamento tra UU.SS.LL. e aziende termali e che promuove la integrazione e la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali.

5. UFFICIO DI DIREZIONE

SERVIZI DELL'UNITA' SANITARIA LOCALE

I servizi di direzione dell'USL, così come individuati dall'art. 14 della legge regionale 24 1980 (1), sono di regola la sede dell'ufficio che svolge funzioni di indirizzo e di coordinamento degli interventi svolti presso differenti presidi e strutture.
Fa eccezione il servizio igiene e sanità pubblica che e l'unico dotato di propria capacità operativa da svolgere per l'intero territorio dell'USL.

5.1. SERVIZI SANITARI

5.1.1. Servizio di igiene e sanita pubblica dell'ambiente e della alimentazione, prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, educazione sanitaria della popolazione e formazione degli operatori sanitari

Tale servizio e dotato di propria struttura operativa, ed è articolato in settori come previsto al par. 3.1.
Particolari caratteristiche demografiche, territoriali e socio-economiche delle singole UU.SS.LL. e soprattutto di quelle di modeste dimensioni, possono suggerire un accorpamento dei settori indicati.
Per l'organizzazione del Servizio e gli obiettivi da conseguire nel triennio si rinvia a quanto esposto al par. 3.1.

5.1.2. Servizio di medicina di base, tutela sanitaria della maternita, dell'infanzia e dell'età evolutiva.

E' costituito da settori che sovrintendono e indirizzano le attività previste a livello distrettuale, promuovendo in particolare le iniziative indicate per l'attuazione dell'omonimo progetto-obiettivo.
Tale servizio si avvale almeno di un medico dirigente sanitario, di un'assistente sanitaria e di una segreteria.
La dotazione del personale dovrà comunque essere proporzionale al volume di attività previsto in ciascuna USL.
Il servizio può essere articolato in due settori:
a) medicina di base e coordinamento dei distretti;
b) assistenza materno infantile e dell'età evolutiva.

5.1.3. Servizio di assistenza sanitaria comprendente, tra l'altro, quella specialistica, ospedaliera ed extra-ospedaliera, ivi compresi i servizi per la salute mentale

E' costituito da uffici che svolgono funzioni di indirizzo e di coordinamento per le attività sanitarie previste a livello ospedaliero e poliambulatoriale.
Si avvale di dirigenti medici, di personale sanitario e di segreteria in numero proporzionato al volume delle attività previste nel piano per le singole UU.SS.LL.
Possono essere previsti due settori:
a) assistenza ospedaliera;
b) assistenza extra-ospedaliera.

NOTA:
(1) Per le UU.SS.LL. con più di 50.000 ab. i servizi sono 9, di cui 5 sanitari e 4 amministrativi, per le UU.SS.LL. con meno di 50.000 ab. sono 5, di cui 3 sanitari e 2 amministrativi.

5.1.4. Servizio veterinario

Trattasi di un servizio con funzione ed indirizzo di coordinamento (cfr. cap. 3.7.), che si articola in uffici corrispondenti a:

a) area per sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali;
b) area funzionale dell'igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.

Oltre al dirigente del servizio per una delle due aree è previsto un capo ufficio per la restante area con compiti anche operativi nel territorio.

5.1.5. Servizio di assistenza e vigilanza farmaceutica

Promuove le attività di indirizzo e coordinamento dell'assistenza farmaceutica nelle UU.SS.LL. in cui è previsto il servizio (USL con oltre 50.000 ab.).
L'organizzazione e gli obiettivi per il triennio sono indicati nel cap. 3.5.
Può articolarsi al massimo in tre settori:

a) assistenza e vigilanza farmaceutica;
b) informazione scientifica e documentazione;
c) approvvigionamento farmaci.

5.2. SERVIZI AMMINISTRATIVI

Trattasi di servizi di supporto tecnico, di indirizzo e di coordinamento articolantisi in uno o più uffici a seconda della complessità delle materie trattate ed in relazione alle diverse UU.SS.LL. in cui operano.

5.2.1. Affari generali, legali, contenzioso, archivio, biblioteca e documentazione

L'articolazione ottimale di tale servizio è in quattro uffici:

a) affari generali;
b) legale e contenzioso;
c) archivio;
d) biblioteca e documentazione.

Nel primo triennio gli uffici suddetti potranno aggregarsi nel seguente modo: gli affari generali con il legale e contenzioso (a + b); l'archivio con la biblioteca e documentazione (c + d).
Le funzioni degli affari generali, oltre a quelle proprie d'istituto, comprendono anche le materie della gestione del patrimonio di cui agli artt. 22 e 23 della legge regionale 24/1980.
La funzione del legale e contenzioso, oltre a quelle proprie d'istituto, comprende le "rivalse di spedalità".
L'organizzazione amministrativa, oltre al dirigente del servizio ed ai capi ufficio (il dirigente del servizio dovrà comunque essere titolare di una delle aree previste), sarà proporzionata alle attività sanitarie ed assistenziali previste nel piano per ciascuna USL.

5.2.2. Gestione e aggiornamento professionale del personale

Si articola in due uffici:

a) gestione del personale, per le normali attività di istituto;
b) aggiornamento professionale del personale in correlazione con l'ufficio sanitario che si occupa della formazione degli operatori sanitari non medici.

Il fabbisogno del personale, oltre al dirigente del servizio ed ai capi ufficio, sarà strettamente legato all'organizzazione socio-sanitaria prevista per ciascuna USL.

5.2.3. Bilancio, programmazione finanziaria, statistica, rilevazione ed elaborazione dati.

Trattasi di un unico servizio-ufficio che si avvale degli altri operatori amministrativi delle strutture esistenti nelle UU.SS.LL. (ospedale, poliambulatorio, ecc.), per le normali attività di istituto, con particolare riferimento alla gestione della contabilità (bilancio USL).
Anche per tale servizio, oltre al funzionario responsabile, la dotazione dell'organico minimo per il triennio deve essere commisurata alla quantità delle attività svolte dai singoli servizi di ciascuna USL.

5.2.4. Provveditorato, economato e servizi tecnici.

Trattasi di un servizio articolantesi in tre uffici:
a) provveditorato;
b) economato;
c) servizi tecnici.
Anche per tale servizio, oltre al responsabile del servizio (titolare di uno dei tre uffici) e di due capi ufficio, la dotazione del personale è proporzionata alla entità di prestazioni ed attività previste per ciascuna USL.

PARTE III

FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

1. INIZIATIVE QUALIFICANTI

1.1. PROGETTI-OBIETTIVO

1.1.1. Tutela della maternità, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute in età evolutiva

La scelta di questo progetto-obiettivo è confortata dal fatto che l'Italia presenta anche oggi tassi annuali di mortalità infantile e perinatale elevati a causa soprattutto dei bassi livelli igienico-sanitari e socio-economici in cui versano alcune regioni. I dati relativi al 1979 (tab. 1.1.1.01) testimoniano infatti una situazione di grave squilibrio: i valori relativi alle regioni del Centro/Sud sono ben più elevati del valore nazionale: mentre al di sotto di questo si collocano i valori di molte regioni del Centro/Nord tra cui le Marche dove, al pari di altre (ad es. l'Umbria), il problema della tutela della salute materno-infantile quale emerge dagli indicatori tradizionali assume connotati meno drammatici rispetto ad altre regioni, anche se la sua rilevanza non può essere completamente sottovalutata.
Ma un altro aspetto rende il progetto-obiettivo in questione particolarmente importante.
Il progetto "*Tutela della maternità, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute in età evolutiva*" come del resto tutti i P.O. costituisce un momento decisivo per saggiare la volontà politica degli EE.LL. in ordine alla possibilità offerta dalle leggi regionali n. 10/1980 sulla Istituzione delle Associazioni di Comuni e n. 24/1980 sulla Organizzazione delle UU.SS.LL., di esercitare le funzioni amministrative in materia di assistenza e beneficenza (artt. 22 e 23 D.P.R. 616/1977) attraverso gli organi delle UU.SS.LL. realizzando così la gestione coordinata dei servizi e degli interventi. In quest'area di problemi appare particolarmente necessario assicurare una politica globale di interventi programmati e coordinati di natura sociale e sanitaria ai fini di tutelare non solo il diritto alla vita ma anche alla qualità della vita stessa poiché la prevenzione non è solo quella che rimuove le cause di mortalità o di infermità, ma anche quella che consente di perseguire uno "stato di benessere psichico, fisico e sociale".
Una politica di reale prevenzione e di promozione della salute nella fascia materno-infantile richiede pertanto che siano tenuti presenti gli specifici bisogni non solo di ordine biologico-sanitario, ma anche di ordine psicologico e sociale.

Sulla base di tali premesse, si affermano alcuni principi fondamentali che devono ispirare l'azione sia sanitaria che sociale degli specifici programmi preventivi, curativi e riabilitativi più avanti dettagliatamente illustrati:

- riconoscimento del diritto alla procreazione libera e responsabile;
- riconoscimento della tutela della vita umana fin dal suo inizio e del diritto alla qualità della vita, privilegiando in ogni caso gli aspetti preventivi;
- riconoscimento delle responsabilità della comunità, dell'individuo e della famiglia, per la protezione della maternità e dell'infanzia, sottolineando il dovere del servizio pubblico a svolgere ogni intervento atto ad assicurare al bambino il primordiale diritto a nascere ma anche a superare ogni possibile rischio che possa compromettere il sano ed armonico sviluppo della sua personalità;
- riduzione del ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza e del numero degli aborti spontanei, attraverso il potenziamento dell'attività consultoriale e il corretto controllo della gravidanza.

Ciò indubbiamente richiede uno sforzo coordinato di interventi ed un raccordo trasversale con la programmazione sociale ed economica, poiché la rimozione delle cause di sofferenza psicologica e sociale oltre che fisica, si intreccia inevitabilmente con i problemi strutturali dell'organizzazione socio-economica complessiva della società, quali ad esempio, il problema dell'occupazione, della qualità dell'ambiente di vita, dell'assetto urbanistico, della casa, ecc.
Nell'ambito di un progetto che promuova la consapevolezza della maternità e la tutela della salute dell'età evolutiva occorre evidenziare gli specifici bisogni e gli specifici rischi presenti nella vita della donna, della coppia e del bambino.

Si propone pertanto lo schema seguente (tab. 1.1.1.02) che evidenzia i principali interventi da attivare o potenziare per la tutela della salute materno-infantile. Essi vengono distinti a seconda dell'*epoca* della vita della madre e del bambino, dell'*obiettivo* verso cui sono mirati e della *sede* in cui vanno svolti. Lo schema non e esaustivo di tutti i possibili interventi, ma serve unicamente come griglia organizzativo-funzionale di riferimento.

Tabella n. 1.1.1.01

Tassi di mortalità infantile (morti nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi) e di mortalità perinatale (nati morti e morti a meno di una settimana per 1.000 nati) delle diverse regioni italiane nel 1979.

Dati ISTAT

Regione	*Mortalità perinatale*	*Mortalità infantile*
PIEMONTE	18.7	14.5
VALLE D'AOSTA	9.4	9.5
LOMBARDIA	14.5	12.7
TRENTINO ALTO ADIGE	15.3	10.3
VENETO	16.2	13.0
FRIULI VENEZIA GIULIA	13.8	10.3
LIGURIA	17.6	12.5
EMILIA - ROMAGNA	14.6	11.9
TOSCANA	17.1	13.7
UMBRIA	13.5	10.8
MARCHE	*14.5*	*10.6*
LAZIO	16.5	14.1
ABRUZZI	16.7	14.4
MOLISE	22.2	17.8
CAMPANIA	28.7	20.1
PUGLIA	22.5	18.8
BASILICATA	21.4	16.7
CALABRIA	22.3	18.3
SICILIA	21.8	19.5
SARDEGNA	18.7	14.8
ITALIA	*18.8*	*15.6*

Tabella n. 1.1.1.02

SCHEMA RIASSUNTIVO DEGLI INTERVENTI CHE CONCORRONO ALLA TUTELA DELLA SALUTE MATERNO INFANTILE DISTRIBUITI IN RAPPORTO AGLI OBIETTIVI CHE PERSEGUONO ED ALLE SEDI IN CUI VENGONO SVOLTI

EPOCA	OBIETTIVI SPECIFICI	SEDE		
		DISTRETTO	SERVIZI SPECIALISTICI (Poliambulatorio, etc.)	SERVIZI ZONALI (Osp. etc.) e MULTIZONALI ove indicato
PRECONCEZIONALE	Espressione serena e consapevole della sessualità	Educazione ed informazione sessuale nella scuola e nel territorio; *consulenza agli operatori della scuola ed agli educatori* Consulenza psico sociale individuale e di gruppo sui problemi connessi alla sessualità Prevenzione delle malattie veneree	Psicoterapia individuale di coppia o di gruppo Trattamento delle malattie veneree	
	Preparazione alla procreazione libera e responsabile	Consulenza psico-sociale individuale o di gruppo al singolo, alla coppia ed alla famiglia Informazione sui metodi idonei a prevenire la gravidanza, sulle condizioni per il loro impiego e sulle applicazioni di ordine *sanitario e psicologico*		
	Promozione e prevenzione della gravidanza	Assistenza medica, psicologica e sociale alla donna che si ponga il problema di interrompere la gravidanza ai sensi della legge 194/78 Assistenza medica, psicologica e sociale al singolo ed alla coppia per la prevenzione e la terapia della sterilità ed infertilità	Accertamento diagnostico	Consulenza genetica (servizio multizonale U.S.L. n. 12)
	Prevenzione delle malattie congenite	Individuazione e selezione dei casi a rischio Profilassi antirubeolica Educazione sanitaria	Consulenza specialistica test sierologici (toxoplasmosi, rosolia, etc.)	Controllo dei rischi immunoematologici
GRAVIDANZA	Igiene e controllo della gravidanza	Assistenza sanitaria e sociale periodica alla gestante ed al prodotto del concepimento; predisposizione ed adozione delle schede individuali delle gestanti	Consulenza specialistica (al bisogno) I.V.G.	I.V.G.
	Diagnosi prenatale di alcune malattie congenite	Individuazione e selezione dei casi a rischio Educazione sanitaria (fumo, farmaci, etc.)	Consulenza specialistica (al bisogno)	Laboratorio di citogenetica
	Controllo delle gravidanze a rischio	Individuazione precoce delle gravidanze a rischio. Vigilanza sull'osservanza delle norme a tutela delle lavoratrici madri. Assistenza sanitaria continua della gestante e del prodotto del concepimento Assistenza economica e sociale nei casi in cui la gestante si trovi senza riferimenti familiari	Consulenza di specialisti per l'assistenza alla gravidanza a rischio	Ricovero in reparti attrezzati per la gravidanza a rischio
	Preparazione al parto ed alla maternità e paternità	Assistenza psicologica e sociale. Preparazione psico-profilattica al parto Educazione sanitaria della coppia		
PARTO	Tutela dell'integrità psico fisica della madre e del bambino	Indagini sistematiche da attivarsi in tutti i casi di morte materna durante la gravidanza, il parto ed il puerperio		Assistenza ostetrico-pediatrica mirata e continua durante il parto Assistenza psicologica (parto non violento) Intervento di alcuni servizi ospedalieri particolarmente attrezzati in caso di gravidanza o neonato a rischio
NEONATALE	Tutela dell'integrità psico-fisica del bambino	Assistenza domiciliare programmata alle puerpere ed ai neonati; educazione sanitaria alla famiglia (puericulture, igiene alimentare) *Predisposizione ed adozione di una scheda neonatale sul decorso della prima settimana di vita*		*Tutela del rapporto madre-figlio attraverso una organizzazione ospedaliera che favorisca il contatto tra madre e bambino* Consulenza, specialistica di neuropsichiatria infantile
	Diagnosi precoce e trattamento di alcune malattie congenite	Interventi domiciliari di riabilitazione	Riabilitazione funzionale precoce	Esami neurologici e sensoriali al neonato nella sala del parto (pediatra neonatologo) *Accertamenti di laboratorio (ad es. per la mucoviscidosi e le enzimopatie ereditarie)*
INFANZIA		Assistenza sanitaria, domiciliare, ambulatoriale ed ospedaliera		
	Promozione e tutela della salute psico-fisica e sociale del bambino	Controllo dello sviluppo psico-fisico del bambino ed individuazione dei soggetti a rischio Adozione del libretto sanitario personale per i nuovi nati Profilassi delle malattie infettive e vaccinazioni di obbligo *Educazione sanitaria ed alimentare*	Consulenza specialistica	
	Socializzazione del bambino in ambiente extrafamiliare	Inserimento nelle strutture educative per l'infanzia (asilo nido, scuola materna) con particolare attenzione al migliore inserimento dei bambini handicappati Soggiorni di vacanza, campi gioco, etc.	Consulenza psico pedagogica alla famiglia ed agli operatori scolastici per favorire lo sviluppo delle potenzialità del bambino, prevenire le difficoltà *nell'apprendimento e le turbe affettive*	Consulenza specialistica di neuropsichiatria infantile
	Rimozione degli stati carenziali e di abbandono, di *abuso e maltrattamento, di disadattamento* ed emarginazione	Assistenza psicologica sociale *Assistenza economica* Assistenza domiciliare Affidi familiari ed extrafamiliari Adozioni Collaborazione con tribunali minorenni per casi di affidamento e o adozione	Assistenza presso strutture socio-riabilitative Servizio sostitutivo della famiglia, come il gruppo famiglia, il seminternato e la comunità alloggio	
	Diagnosi precoce e trattamento dei deficit con esiti invalidanti	Assistenza psicologica e sociale alla famiglia, interventi atti a favorire l'integrazione sociale del bambino handicappato Sostegno alle famiglie per i necessari momenti di pausa e svago *Rieducazione funzionale*	Consulenza psico-pedagogica agli operatori scolastici ed alle famiglie Consulenza di neuropsichiatria infantile	Assistenza presso centri riabilitativi specializzati
	Prevenzione della mortalità e morbilità derivata da traumi ed incidenti	Individuazione delle situazioni a rischio e conseguenti iniziative di educazione sanitaria nella scuola e nel territorio		Raccordo, ad es., con la programmazione urbanistica ed edilizia, il traffico, etc.
SECONDA INFANZIA		Assistenza sanitaria, domiciliare, ambulatoriale ed ospedaliera		
	Promozione e tutela della salute psico-fisica e sociale del bambino	Controllo dello sviluppo psico-fisico e sensoriale del bambino Individuazione dei soggetti a rischio *Educazione sanitaria*	Consulenza specialistica	Attrezzature per il tempo libero, soggiorni di vacanza etc.
	Prevenzione del ritardo e del disadattamento scolastico	Individuazione dei soggetti a rischio Interventi di sostegno psico-sociale Controllo della mortalità scolastica	Consulenza ed interventi psico pedagogici alla famiglia ed alla scuola	**Prestazioni relative alla legge regionale sul diritto allo studio (mensa trasporti, libri).**
	Rimozione degli stati carenziali e di abbandono, di abuso e di maltrattamento di disadattamento e di emarginazione	Vanno effettuati gli stessi interventi che all'epoca dell'infanzia, con *l'aggiunta degli interventi, a livello distrettuale*, di controllo sul lavoro minorile		
	Diagnosi precoce e trattamento dei deficit di sviluppo con esiti invalidanti	Vanno effettuati gli stessi interventi che all'epoca dell'infanzia		
	Prevenzione della mortalità e morbosità derivate da traumi ed incidenti	Vanno effettuati gli stessi interventi che all'epoca dell'infanzia		

LA SITUAZIONE MARCHIGIANA

Le informazioni attualmente disponibili, sia in ambito nazionale che regionale, a proposito della salute materno-infantile sono estremamente scarse. In effetti gli unici dati attendibili — perché completi e confrontabili — riguardano la mortalità infantile e perinatale.
Si è già detto che le Marche presentano tassi annuali tra i più bassi in Italia: va aggiunto anche che il confronto con i dati internazionali è abbastanza confortante in quanto i valori dei tassi di mortalità infantile e perinatale nelle Marche non si discostano troppo da quelli registrati dai paesi europei con migliori livelli socio-economici assistenziali (vedi tab. 1.1.1.03). Anche le tendenze temporali degli indicatori consentono un atteggiamento di parziale soddisfazione, come si può vedere dalle figg. 1 e 2 che dimostrano l'esistenza nella nostra regione di una netta tendenza al decremento della mortalità infantile e perinatale. E' noto, d'altro canto, come tale decremento solo in parte vada ricondotto all'accresciuta disponibilità di servizi sanitari e all'effettivo miglioramento delle relative prestazioni: molto si deve al migliorato tenore di vita della popolazione, collegato sia alle aumentate disponibilità economiche sia agli accresciuti livelli culturali. I tassi di mortalità probabilmente non sono indicatori abbastanza sensibili da registrare l'influenza di fattori che non siano rappresentati da queste variabili di natura squisitamente socio-economica. Si può presumere che, per misurare gli aspetti più tipicamente sanitari ed assistenziali della tutela della salute materno-infantile, occorrano altre informazioni (oggi mancanti) relative, ad esempio, al numero di soggetti portatori di handicaps, alla natura e alle cause di questi handicaps, alla morbosità infantile (non alla mortalità), ed al grado di inserimento sociale dei portatori di handicaps. In mancanza di questi dati prende corpo il sospetto che al numero maggiore di bambini che, in proporzione, oggi sopravvive corrisponda anche un numero maggiore, sempre in proporzione, di bambini che risentono degli esiti invalidanti di malattie meno letali di un tempo.

Tabella n. 1.1.1.03

Tassi di mortalità infantile di alcuni Paesi europei e delle Marche (dati relativi al 1977)

Fonte O.M.S.

Paese	*Mortalità infantile*
AUSTRIA	16.8
CECOSLOVACCHIA	19.6
DANIMARCA	8.7
GERMANIA FEDERALE	15.5
GERMANIA DEMOCRATICA	13.1
UNGHERIA	26.2
OLANDA	9.5
SPAGNA	15.6
SVEZIA	8.0
INGHILTERRA E GALLES	13.8
SCOZIA	16.2
SVIZZERA	17.7
MARCHE	*14.6*
ITALIA	*17.9*

Figura 1: Andamento dei tassi annuali di mortalità infantile (numero di morti entro il primo anno di vita ogni 1.000 nati vivi) in Italia e nelle Marche nel periodo 1951-1978

Fonte: dati I.S.T.A.T.
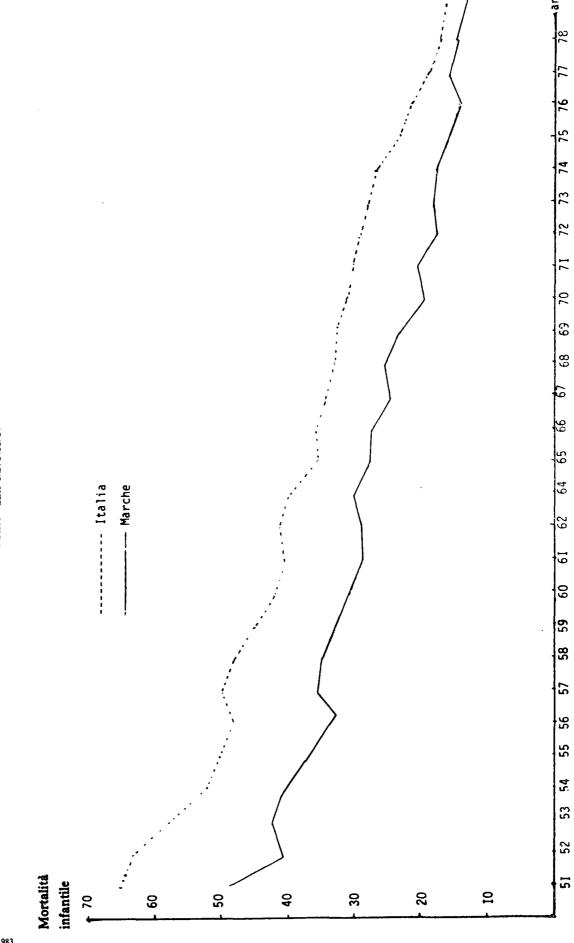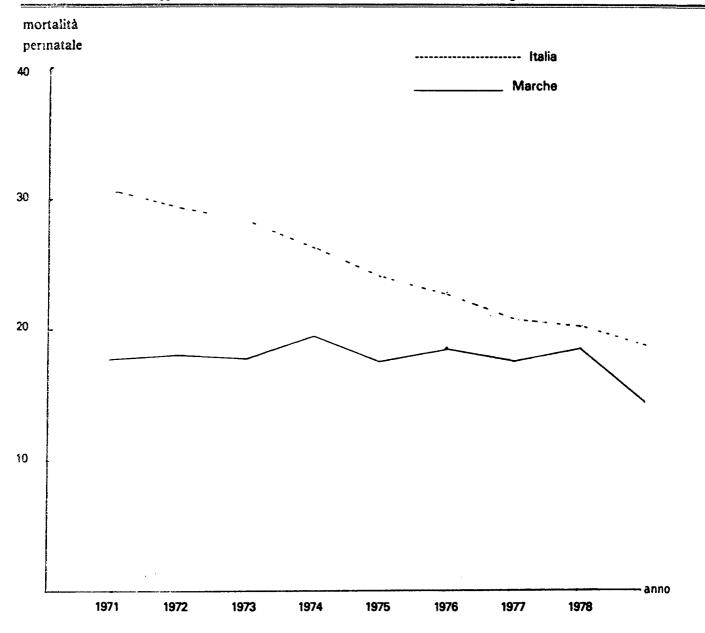
Figura 2: Andamento dei tassi annuali di mortalità perinatale (numero di morti entro la prima settimana di vita più i nati morti ogni 1.000 nati) in Italia e nelle Marche nel periodo 1971-1978
Fonte: dati I.S.T.A.T.
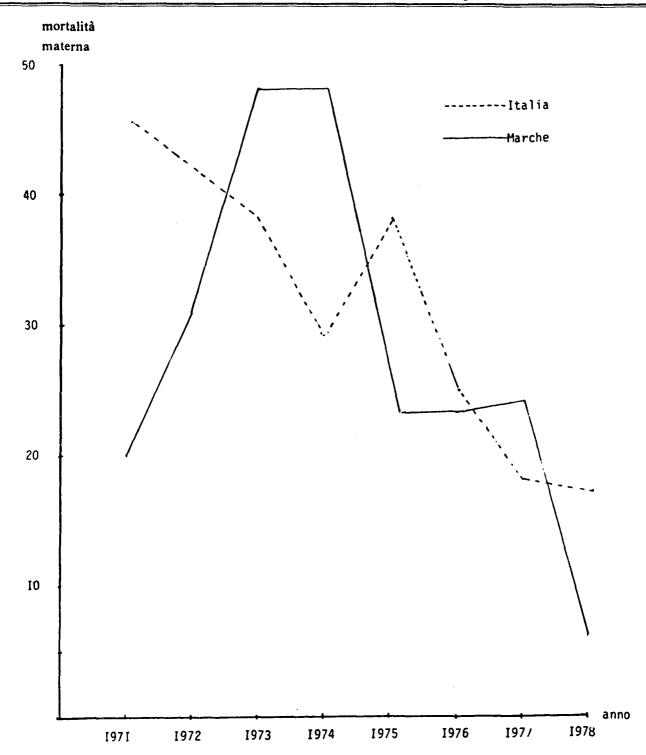
Figura 3: Andamento dei tassi annuali di mortalità materna (numero di donne morte per complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio ogni 10.000 nati vivi) in Italia e nelle Marche nel periodo 1971-1978.
Fonte: dati I.S.T.A.T.

Un altro indicatore disponibile è il tasso di mortalità materna, rappresentato dal numero di donne morte per complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio rapportato a 10.000 nati vivi. I valori di tale indicatore sottostimano sempre la realtà del fenomeno dovendo essere calcolati in base alle schede di morte I.S.T.A.T. notoriamente poco attendibili. Il confronto tra il dato nazionale e quello regionale relativi al periodo 1971-1978 dimostra comunque un andamento abbastanza simile e contrastante almeno in parte, con quanto ricavato in precedenza dall'analisi dei dati di mortalità infantile e perinatale che sottolineano una costante differenza tra situazione regionale, buona e situazione nazionale, assai meno buona (fig. 3).
Le poche informazioni disponibili sull'andamento della morbosità e mortalità infantile e perinatale nella nostra regione non permettono di individuare con precisione le priorità da assegnare ai diversi interventi che questo progetto-obiettivo deve promuovere.
Tale constatazione, che si ripete costantemente anche in altri progetti obiettivo, conferma, una volta di più, la necessità di attivare in via prioritaria un servizio informativo sanitario ed una funzione di osservatorio epidemiologico:
Una prima serie di obiettivi da perseguire sono:

a) corretta educazione sessuale da svolgere fin dall'età infantile, come premessa essenziale per una procreazione responsabile anche al fine di ridurre il ricorso alla interruzione volontaria della gravidanza previlegiando, quindi, il momento preventivo;
b) diminuzione — rimuovendo le cause di rischio — dell'aborto spontaneo (soprattutto il cosiddetto "aborto bianco");
c) prevenzione dei tumori della sfera genitale;
d) assistenza medica, psicologica e sociale alla donna che affronta i problemi connessi alla gravidanza e che intenda interromperla volontariamente;
e) controllo delle gravidanze a rischio con abbattimento della mortalità materna;
f) tutela dell'integrità psico-fisica della madre e del bambino durante e subito dopo il parto;
g) prevenzione dei rischi di natura genetica;
h) prevenzione delle malattie congenite (ereditarie e non);
i) diagnosi precoce di alcune malattie congenite;
l) prevenzione degli handicaps;
m) riduzione dell'istituzionalizzazione dei minori handicappati;
n) rimozione degli stati carenziali e di abbandono del bambino, di abuso e maltrattamento, di disadattamento ed emarginazione;
o) prevenzione degli incidenti, compresi quelli domestici;
p) diffusione nella popolazione della conoscenza dei fattori che rendono "a rischio" una gravidanza e nei modi in cui vanno utilizzate le strutture sanitarie esistenti;
q) miglioramento delle attuali conoscenze in tema di salute materna-infantile nella Regione ed adozione di strumenti per la raccolta dei dati statistici ed epidemiologici;
r) formazione continua (riconversione, aggiornamento) degli operatori dei settori socio-sanitari interessati.

Periodo pre-concezionale

Gli interventi da svolgere in questo periodo debbono prioritariamente tener conto, al fine di una sua piu completa applicazione, di quanto sancito nella legge 194; essi sono compito soprattutto degli operatori dei *servizi di base* (distretto) integrato, sovente, dagli operatori itineranti che, con base nel poliambulatorio o nei servizi centrali di USL, svolgono parte della loro attività nel distretto.
Data l'importanza assunta in quest'epoca dalle attività di informazione e di educazione un ruolo essenziale tocca alle istituzioni sociali e scolastiche, specialmente per quanto attiene all'educazione ed informazione sessuale.

Il compito prioritario degli operatori del distretto (medico generico, personale infermieristico, assistente sociale, pediatra ed ostetrico in quanto presenti) è di svolgere attività consultoriale ricomponendo le funzioni già esercitate in modo settoriale e disomogeneo, dai servizi pediatrici ed ostetrici, dai servizi di medicina scolastica, dalle équipes medico-psicopedagogiche e dagli stessi consultori di recente istituzione.
Anche per la tutela della salute materno-infantile il gruppo di operatori distrettuali deve infatti proporsi come primo interlocutore degli utenti avvalendosi, al bisogno, dei servizi integrativi quando, ad esempio, si renda necessaria una consulenza genetica, si ponga la richiesta di interruzione volontaria della gravidanza o sia opportuno un approccio dello psicologo, ecc.
Il servizio di base ha anche il compito di curare la compilazione della scheda di coppia: di valutare il cosiddetto rischio generativo; di raggiungere una precisa definizione diagnostica della patologia in causa e di selezionare i casi più complessi da inviare alla consulenza genetica.
Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie congenite, si distingue un rischio esogeno (infettivo, da radiazioni, da farmaci), un rischio endogeno (ereditario mendeliano, polifattoriale, cromosomico) ed un rischio immunoematologico.
La lotta al rischio infettivo deve fondarsi almeno sulla estensione a tutte le ragazze in età prepubere della vaccinazione antirubeolica e su una campagna di sensibilizzazione e di informazione dei medici con particolare riferimento agli ostetrico-ginecologi sul corretto uso dei tests sierologici di rosolia e toxoplasmosi e sul modo di ricavarne corrette indicazioni operative.
Il rischio da radiazioni e quello da farmaci particolari in gravidanza va contenuto estendendo le informazioni specifiche a livello di popolazione generale e favorendo la consultazione delle fonti documentarie sui danni da sostanze chimiche, alcool, fumo, ecc. da parte degli operatori.
La prevenzione delle *malattie genetiche* deve essere effettuata grazie alla collaborazione tra servizi di base che, previo accurato accertamento diagnostico della patologia in causa, individuano le coppie a rischio, e offrono consulenza genetica per valutare la situazione e fornire chiare indicazioni di comportamento. E' importante che a tale consulenza accedano non solo le coppie che hanno già avuto un figlio con manifestazioni di patologia ereditaria ma anche quelle in cui uno dei componenti annovera tra i propri familiari qualcuno affetto da tale patologia. La razionale utilizzazione della consulenza genetica dipende dunque dalle capacità degli operatori di base e dal buon livello di informazione della popolazione.
Quanto al *rischio immunoematologico* le analisi per la prevenzione della malattia emolitica neonatale (M.E.N.) vanno effettuate presso tutti i centri trasfusionali: in mancanza di questi si dovrà far ricorso a laboratori di analisi chimico-cliniche in cui e previsto questo tipo di indagini.

Periodo della gravidanza

La tempestiva individuazione delle gravidanze a rischio va effettuata da parte dell'équipe di base: a tal fine viene adottata una scheda per la valutazione del rischio ostetrico unica per tutta la regione.
Viene anche diffuso un protocollo dei controlli periodici delle gestanti con diversa scadenza a seconda delle caratteristiche di ciascuna gravidanza.
L'omogeneità degli interventi deve essere assicurata anche tramite la predisposizione di una scheda individuale della gestante, utile oltre che per una corretta gestione dell'intervento assistenziale anche per la raccolta di alcuni dati statistico-epidemiologici.
Lo schema dei controlli sanitari in gravidanza non può essere definito rigidamente; si ritiene comunque generalmente valido quello che prevede dieci visite nel caso di una gravidanza, in "apparente normale evoluzione". Le scadenze cadono in questo schema nella 8ª, 12ª, 16ª, 20ª, 24ª, 28ª, 32ª, 36ª, 38ª, 40ª, settimana di gravidanza. L'ultima visita va effettuata di preferenza dall'équipe che ha il compito di assistere la donna durante il parto e nel puerperio.
A livello poliambulatoriale l'intervento degli specialisti deve integrare quello degli operatori di base in tutti i casi in cui nel corso della gravidanza si manifestino o si accentuino i disturbi

collegati ad una determinata patologia. Nei casi di patologia ostetrica particolarmente impegnativi alcuni centri di livello multizonale debbono essere in grado di fornire una assistenza particolarmente specializzata, quale quella richiesta nel corso di gravidanza a rischio e ad alto rischio.
A seconda che la gravidanza possa essere definita a "medio rischio ostetrico" o ad "elevato rischio ostetrico" essa va assistita pre — ed intra — partum rispettivamente nei servizi ospedalieri attrezzati per le cure intensive neonatali ovvero in un servizio unico regionale attrezzato per l'assistenza della patologia ostetrica grave ed in grado di monitorare la gravidanza, sia in base a valutazioni biofisiche e biochimiche sul liquido amniotico che a valutazione di alcuni indicatori di funzioni feto-placentari nelle urine e nel sangue materno (oltre ovviamente, alle cure intensive neonatali).
Per la diagnosi prenatale delle malattie congenite il discorso è analogo a quanto prima detto a proposito della prevenzione di queste stesse malattie. Da una parte un'opera di sensibilizzazione e di aggiornamento deve rendere gli operatori dei servizi di base consapevoli delle corrette procedure di selezione dei casi a rischio e delle modalità con cui vanno usati i servizi di consulenza, dall'altra, ovviamente, questi debbono esistere e funzionare in modo adeguato disponendo del personale e delle attrezzature necessarie. In questo ambito un ruolo di particolare importanza rivestono i servizi per le analisi citogenetiche, quelle rivolte al dosaggio dell'alfa-fetoproteina (depistaggio dei difetti del tubo neutrale, spina bifida, meningocele, ecc.) e quelle biochimiche.
E' necessario inoltre avviare in tutte le USL a livello distrettuale interventi di preparazione psico-profilattica al parto, garantendo uno stretto collegamento tra livello di base e ospedale, in modo che vengano attuate le stesse tecniche e ci sia la possibilità per la donna di avere durante il parto l'operatore che ha seguito la sua preparazione.
E' indispensabile inoltre intervenire per quanto riguarda la riduzione dell'aborto spontaneo attraverso un'azione ed un controllo sulle condizioni di vita e di lavoro della donna e della coppia, rimuovendo le cause di nocività, deve inoltre essere assicurata la vigilanza sulle norme per la tutela delle lavoratrici madri.

Periodo del parto

Le più moderne tendenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera nonché la pressione di fasce qualificate dell'opinione pubblica suggeriscono le modificazioni organizzativo-strutturali nei reparti di ostetricia e nelle sale parto capaci di soddisfare nuove e diffuse esigenze di carattere culturale ed affettivo. Va favorita, infatti, la presenza del bambino accanto alla madre e la presenza del padre del nascituro o di altra persona amica accanto alla partoriente. Ogni parto, poi, per quanto è possibile prevedere, deve avvenire in ambienti ospedalieri attrezzati a controllare il rischio che in misura lievissima o talvolta marcata caratterizza tale evento.
In ogni caso a tutti i nuovi nati devono essere effettuati alcuni esami di controllo quali la glicemia, la bilirubinemia ed eventualmente la calcemia in presenza di segni anche minimi di tipo neurologico rilevati all'esame clinico da parte del pediatra neonatologo.

Periodo neonatale

La riduzione della mortalità materna in gravidanza, oltre che durante il parto e nel corso del puerperio, richiede di attivare interventi per favorire la tempestiva individuazione delle gravidanze a rischio, l'adozione di controlli periodici per le gestanti, l'attivazione di corsi di psico-profilassi al parto.
Gli interventi oggi disponibili per la diagnosi precoce di malattie congenite sono numerosi ed è importante ricordare che alcuni criteri generali debbono guidare nella scelta della loro adozione:

1) Gli screenings da adottare in via prioritaria debbono riguardare malattie di cui è nota l'incidenza in modo da poter almeno approssimativamente confrontare i benefici sperati con le risorse impiegate.

2) Vanno attivati solo quegli screenings che individuano malattie o anomalie per cui esistono forme di intervento di dimostrata efficacia.
3) Il test diagnostico prescelto deve essere sensibile, specifico, non dannoso, non costoso, di rapida e facile esecuzione.
4) Le metodiche di analisi con cui viene effettuato lo screening devono essere standardizzate, come pure le procedure operative da seguire nel caso che il test risulti positivo, negativo o dubbio.
5) Vanno previsti controlli periodici di qualità delle tecniche analitiche e periodiche valutazioni dell'efficienza organizzativa dei servizi coinvolti (calcolo della percentuale di soggetti esaminati sul totale dei soggetti da esaminare, atteggiamento nei confronti dei risultati dubbi del test, ecc.).
6) Una volta che un intervento di screening sia stato attivato debbono usufruirne tutti i soggetti a rischio (la totalità dei nati o, se possibile, tutti i nati che in base a certi criteri possono essere definiti a rischio).

In base a tali criteri possono essere individuati alcuni tipi di interventi, parte da attivare e parte da potenziare e razionalizzare perché già facenti parte della normale pratica assistenziale. Un primo gruppo di interventi riguarda la diagnosi precoce della fenilchetonuria e dell'ipotiroidismo congenito e quella della mucoviscidosi. In tutti gli ospedali e in tutte le case di cura convenzionate devono essere effettuati i necessari prelievi a tutti i bambini (previo consenso dei genitori) nei primi giorni dopo il parto: i campioni devono essere inviati ad un laboratorio prestabilito con il compito di effettuare le necessarie determinazioni e di giudicare sulla opportunità o meno di ripetere l'esame. Deve essere previsto un secondo accertamento per la conferma diagnostica dei casi risultati positivi la prima volta: una volta ottenuta la conferma spetta ai servizi multizonali impostare e monitorare un corretto intervento terapeutico.

Un secondo gruppo di interventi comprende, da parte del pediatra neonatologo, la diagnosi precoce della cardiopatie congenite, quella delle alterazioni ortopediche (lussazione congenita dell'anca, deformità del piede, torcicollo, paralisi e paresi del plesso brachiale e — di particolare rilievo — lo screening dei deficit neuro-sensoriali).

Infatti, in campo oculistico va posta attenzione, oltre che alle affezioni congenite (cataratta, displasie retiniche, opacità corneali, leucocorie, glaucoma, ecc.) alla fibroplasia retrolenticolare che può esitare alla prolungata terapia con ossigeno di un neonato ad alto rischio ed alle emorragie retiniche che possono presentarsi dopo parti travagliati. Lo screening oculistico va eseguito su tutti i nuovi nati entro la prima settimana di vita e con ulteriori controlli periodici nei confronti dei neonati ad alto rischio sottoposti a prolungata terapia con ossigeno. Ovviamente, gli eventuali casi che necessitino di controlli strumentali complessi (ecografia, elettroretinografia, potenziali visivi evocati, ed altri) devono essere inviati ai servizi specialistici multizonali.

Uno screening audiometrico, poi, serve ad evitare le gravi conseguenze che un deficit uditivo non diagnosticato potrebbe comportare (dalle turbe dislaliche alle alterazioni dello sviluppo psicosomatico su base comportamentale).

Anche tale intervento di screening va esteso a tutti i nuovi nati che, entro il sesto giorno di vita (preferibilmente durante il terzo), vanno analizzati con un reattometro. I casi di sospetta sordità verranno controllati nello stesso ospedale dopo 1, 3 e 6 mesi ed, in caso di conferma del deficit, avviati al necessario trattamento riabilitativo.

In ogni caso tutti i principali aspetti sanitari del decorso dei primi sette giorni di vita del neonato devono essere raccolti in una apposita scheda neonatale, che costituisce anche un sommario dei risultati di tutti i controlli effettuati in questo periodo.

A proposito delle iniziative per l'assistenza sanitaria alle puerpere ed ai neonati durante il primo mese dopo il parto, va ricordato che esse, oltre a verificare lo stato di salute della madre e del neonato, servono a svolgere opera di informazione della coppia in rapporto ai problemi che sorgono con la nascita di un figlio. In questo ambito va promosso, ad esempio, l'allattamento al seno quale misura motivata sul piano psicologico ancor più che su quello nutrizionale.

Periodo della prima infanzia

In questa fase acquista rilevanza l'istituzione di un programma per il controllo periodico della salute del bambino con scadenze prefissate, che sono stabilite in modo da svolgersi contestualmente al programma di vaccinazioni.

Questo è anche il momento in cui il bambino si affaccia ad un mondo esterno a quello familiare ed e opportuno quindi sottolineare la necessità di un raccordo particolarmente intenso con i servizi sociali e l'esigenza di ottenere un salto di qualità nell'organizzazione degli asili nido e delle scuole materne il cui compito è proprio quello della socializzazione del bambino e non semplicemente della sua custodia.

Tra i contenuti dell'attività educativa, un posto importante va dato alla educazione alimentare da svilupparsi ad opera dei servizi di base all'interno sia delle famiglie che delle comunità che provvedano alla somministrazione dei pasti.

In questo periodo, come in quello successivo della seconda infanzia, rivestono un ruolo fondamentale gli interventi riabilitativi, che vanno erogati con rapporto integrato delle strutture socio-sanitarie e del mondo della scuola.

Il bambino portatore di handicaps deve essere inserito, tutte le volte che ciò è possibile, nelle normali strutture dell'infanzia. Gli asili nido e le scuole materne, adeguando le proprie disponibilità di personale alle esigenze ed alla gravità dei bambini, debbono poter raccogliere bambini handicappati.

Gli operatori dei servizi di base hanno il compito di seguire il programma riabilitativo individuale svolto dai terapisti della riabilitazione (neuropsicomotoria e del linguaggio) e sotto il controllo e con la consulenza del personale specialistico (neuropsichiatra infantile, ortopedico, psicologo, ecc.) dei poliambulatori.

In ogni USL sono previste strutture socio-riabilitative come la casa famiglia e la comunità alloggio; l'utilizzo di strutture residenziali o semiresidenziali di questo tipo va considerato soluzione da adottarsi solo in caso di inadeguatezza degli interventi in sede domiciliare o ambulatoriale o di impossibilità ad eseguire questi ultimi (sostegno alla famiglia).

Del pari nel caso di soggetti con problemi di notevole gravità alla cui determinazione concorrono fattori diversi di natura diversa (neurosensoriale, psicomotoria e socio-ambientale) sono previsti centri residenziali più complessi con bacino di utenza multizonale.

Periodo della seconda infanzia e pubertà

Nei soggetti appartenenti a questa fascia di età perde di attualità la valenza più squisitamente sanitaria dei bisogni a favore di quella sociale, educativa e psicologica; ne deriva la necessità di rafforzare ulteriormente l'integrazione tra gli interventi dei servizi scolastici e quelli dei servizi di base.

Vanno quindi promosse alcune iniziative per affrontare problemi tipici di questa fascia di età: la necessità di svolgere attività motorie e sportive, la lotta agli infortuni compresi quelli domestici (problema condiviso con la precedente fascia di età) e la profilassi della carie dentaria. Le iniziative riguardano la creazione di spazi verdi ed il potenziamento degli impianti sportivi, l'informazione sui pericoli di incidenti domestici (evenienze più frequenti e modi per prevenirle), l'educazione per una corretta alimentazione e per l'igiene del cavo orale.

I progetti-obiettivo si caratterizzano per il fatto di mobilitare la totalità dei servizi e delle risorse del settore sanitario e di coinvolgere contestualmente ed in modo organico altri settori di attività pubblica: il mondo della scuola e quello del lavoro in primo luogo. Per svolgere gli interventi prima citati, vanno utilizzati, pertanto, i servizi ed il personale che ai vari livelli svolgono attività di assistenza sanitaria e sociale.

OBIETTIVI SPECIFICI

Le scelte relative all'istituzione, ristrutturazione o soppressione di eventuali strutture o servizi come pure le scelte relative alla dislocazione territoriale delle varie figure di operatori trovano

in altri capitoli del piano la sede naturale di discussione e proposizione. Alcuni specifici interventi a causa della loro peculiarità, impongono la definizione di alcune scelte all'interno del progetto obiettivo "Tutela della maternità consapevole, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute in età evolutiva".

Vaccinazione antirosolia

Secondo orientamenti già tradotti in pratica in altre regioni e da promuovere la profilassi immunitaria della rosolia nella popolazione femminile.
A tal fine le minori in età pre-pubere, residenti nel territorio regionale e frequentanti le ultime classi delle scuole elementari sono sottoposte, previo assenso dei genitori, a vaccinazione antirosolia.
Ovviamente il trattamento profilattico potrà essere esteso alle persone di sesso femminile anche dopo l'inizio della pubertà, sempre con il preventivo assenso della persona che esercita la patria potestà o delle stesse interessate, se maggiorenni.
In questi casi la vaccinazione è praticata dopo che gli esami sierologici avranno consentito di escludere la presenza di anticorpi circolanti antirosolia. Le interessate dovranno altresì essere avvisate della necessità di evitare la gestazione durante i tre mesi susseguenti la vaccinazione.
L'intervento profilattico deve essere affiancato da iniziative di educazione sociale e sanitaria attraverso programmati contatti con le popolazioni e la diffusione di notizie sulla malattia, le sue possibili conseguenze e sulla necessità della vaccinazione; debbono altresì essere illustrati i contenuti e le modalità di svolgimento degli interventi zonali sopra citati.
L'attuazione del programma deve essere assicurata dai servizi di igiene e sanità pubblica di concerto con i distretti. Gli stessi servizi provvederanno anche alla registrazione dell'intervento nel libretto sanitario individuale.

Vaccinazione antimorbillo

Per analogia di argomento è opportuno inserire a questo punto l'indicazione per un intervento generalizzato anche per quanto riguarda il *morbillo*. Sembra infatti opportuno promuovere la vaccinazione di tutti i bambini entro il tredicesimo e il quindicesimo mese di vita con il vaccino liofilizzato antimorbilloso allo scopo di contenere le complicanze e le sequele neuro-psichiche che accompagnano la malattia.
Anche tale intervento deve essere accompagnato — come quello riguardante la rosolia e, del resto, tutte le vaccinazioni — da iniziative a carattere informativo ed educativo destinate a conferire piena consapevolezza alle procedure.
La vaccinazione antimorbillosa va programmata, tenendo ovviamente conto delle necessarie indicazioni preferenziali, precauzioni e controindicazioni anche temporanee, in concomitanza con una delle visite di controllo pediatrico.

La diagnosi neonatale della fenilchetonuria e dell'ipotiroidismo

Attualmente nella Regione Marche una metà circa dei nuovi nati viene già sottoposto a screening per la diagnosi precoce dei dismetabolismi proteici (fenilchetonuria ed altre aminoacidopatie).
La gestione della iniziativa (ricevimento ed esame dei campioni ecc.) è curata dall'USL n. 4 attraverso il servizio di laboratorio di analisi clinico-chimiche dello stabilimento ospedaliero che e in grado attualmente di effettuare anche lo screening dell'ipotiroidismo e si propone di conseguenza come naturale sede per i tre interventi da estendere a tutto il territorio regionale ed a tutti i nuovi nati. I casi accertati di malattia che si prevedono relativamente rari (1 ogni 5-10.000 nati) vanno immediatamente ricoverati:
- fenilchetonuria: presso l'ospedale di Fano (USL n. 4);
- ipotiroidismo: presso la Clinica Pediatrica dell'ospedale di Ancona (USL n. 12).

La diagnosi precoce della mucoviscidosi

Ad ogni nuovo nato deve essere assicurato il test di screening sul meconio.
I soggetti positivi devono essere sottoposti al "test del sudore" ad un mese dalla nascita; quelli negativi, ma con sintomatologia di pneumopatia o enteropatia cronica riferibile a mucoviscidosi, devono essere sottoposti al "test del sudore" indipendentemente dall'età. Tutti i test vengono eseguiti dai laboratori di analisi degli ospedali ove avviene la nascita mentre i bambini mucoviscidotici (frequenza attesa: 1 ogni 2.000 nati) vengono ricoverati per l'approfondimento diagnostico e l'impostazione del trattamento terapeutico ad un servizio ubicato nell'USL n. 12 (Divisione di Pediatria dell'Ospedale "Salesi"). L'équipe di base dei distretti di residenza della famiglia deve garantire l'assistenza ed i trattamenti riabilitativi domiciliari tenendo conto dell'intensità di intervento che questa patologia richiede.

La prevenzione delle malattie lisosomiali

Il quadro clinico di queste malattie è nella maggior parte dei casi assai grave ed il decorso è più o meno rapidamente progressivo, con exitus generalmente nella prima decade di vita.
Dal momento che ancora non esistono validi presidi terapeutici in grado di modificare il decorso della malattia, fondamentale importanza riveste la prevenzione di queste affezioni.
Un razionale programma di prevenzione deve essere articolato nei seguenti livelli:
1) diagnosi precoce degli omozigoti;
2) individuazione degli eterozigoti;
3) consigli eugenetici alle coppie a rischio;
4) diagnosi prenatale nelle gravidanze a rischio.
Tenuto conto che le malattie lisosomiali non presentano una peculiare distribuzione etnica nel nostro paese, contrariamente a quanto si verifica in altri, il punto di partenza obbligato per un costruttivo programma di prevenzione è necessariamente costituito dalla *individuazione precoce degli omozigoti.*
A tal fine deve essere sottoposta ad indagine una popolazione criticamente selezionata, costituita da:
— i neonati che presentano segni precoci di danno neurologico e/o note dismorfiche;
— tutti i soggetti affetti da ritardo psicomotorio;
— tutti i soggetti con un quadro clinico caratterizzato da sintomatologia neurologica a decorso evolutivo associata o meno ad aumento degli organi ipocondriaci.
Sono attualmente disponibili diverse metodiche che, utilizzando materiali in piccola quantità e di facile prelievo (urine e siero), consentono un primo indirizzo diagnostico.
In caso di positività si procede ad ulteriori indagini di conferma.
Dal momento che queste affezioni sono trasmesse geneticamente, è possibile stabilire biochimicamente, sempre utilizzando i metodi citati, l'eventuale stato di eterozigote dei genitori e dei familiari del paziente affetto. Il disporre di tale possibilità costituisce il presupposto per fornire la consulenza genetica ai genitori dei pazienti e di conoscere, inoltre, quante siano le probabilità del ripetersi della malattia nelle gravidanze future.
Infine, applicando i metodi sopra descritti sulle cellule prelevate dal liquido amniotico mediante amniocentesi, è possibile diagnosticare in utero le malattie lisosomiali e di conseguenza fare diagnosi prenatale nelle gravidanze a rischio.
Nelle Marche esiste uno dei pochi centri in Italia in grado di effettuare accertamenti diagnostici in questo settore e cioè l'Unità operativa di un progetto finalizzato dal C.N.R. di medicina preventiva perinatale dislocata presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Ancona.
Il bacino di utenza di tale centro è — e deve rimanere — multiregionale. Nel triennio devono essere adottati provvedimenti per sopperire alle carenze organizzative e strutturali di questa unità operativa e devono essere avviati gli opportuni passi per il riconoscimento del centro a svolgere attività per un bacino di utenza sovra-regionale.

Scheda di coppia (preconcezionale) - Scheda della gestante - Protocollo dei controlli in gravidanza - Scheda neonatale - Protocollo di controlli nella prima infanzia (0-3 anni).

La Regione predispone tali schede per essere distribuite alle UU.SS.LL. entro il 1983.
Tutti gli operatori ed i servizi coinvolti provvederanno alla compilazione delle schede e all'attuazione delle procedure.

Le attività di citogenetica

Le attività di citogenetica devono essere previste per assicurare l'esecuzione delle ricerche cariotipiche ai seguenti fini:

a) diagnosi prenatale di aberrazione cromosomica nelle gravidanze in avanzata età materna o riconosciute a rischio specifico per:
   - età materna superiore a 39 anni;
   - precedenti di aberrazioni cromosomiche, difetti del tubo neurale, dismetabolismi genetici;

b) riscontro diagnostico nei casi di malformazione e/o di deficit intellettivo;

c) ricerca di eventuale difetto cromosomico nei casi di sterilità o abortività ripetuta;

d) accertamento di eventuale danno cromosomico per esposizione a mutageni ambientali;

e) riscontro diagnostico nei casi di leucemia e tumori.

Le attività di cui ai punti a) e c) rientrano specificamente nel campo del presente progetto obiettivo, mentre l'attività di cui al punto b) vi rientra sia per quanto concerne l'assistenza agli handicappati che come fattore di consulenza genetica. L'attività di cui al punto d) rientra invece nel campo del progetto obiettivo "tutela della salute nei luoghi di lavoro".
Attualmente nella regione sono in funzione due laboratori, entrambi dislocati nella USL n. 12: quello dell'Istituto di Biologia e Genetica dell'Università, che svolge tutti i tipi di attività elencati, e quello annesso al Laboratorio di analisi dell'Ospedale "Salesi" che svolge in particolare l'attività di cui al punto b) per i minori ivi ricoverati.
L'attività in questione deve essere razionalizzata come segue:

- *diagnosi prenatale:* deve essere previsto un centro unico al servizio di tutta la regione (USL n. 12. Istituto di biologia e gentica). A tale centro i servizi di base e zonali invieranno la casistica rigorosamente selezionata secondo i criteri anamnestici sopra citati.

  A livello prognostico, eugenetico, si tratta di determinare l'eventuale presenza di aberrazioni cromosomiche nelle coppie a rischio (pregressa patologica cromosomica familiare) o nel prodotto del concepimento mediante amniocentesi.

  Mentre il livello diagnostico non appare oggi compatibile con alcun intervento terapeutico significativo, il livello prognostico consente l'intervento anche se limitato all'eugenetica negativa e cioè alla prevenzione del concepimento od all'interruzione di gravidanza.

  L'assistenza ostetrica (amniocentesi e placentocentesi) potrà essere fornita — come già avviene — dall'istituto di clinica ostetrica.

  Per le altre attività di cui ai punti b), c) e d) è previsto che alcune indagini di citogenetica vengano eseguite nell'ambito dell'attività di laboratorio.

  In tali laboratori sarà necessario prevedere la disponibilità delle necessarie attrezzature (cappa sterile, termostato, centrifuga e microscopio fotografico) e di un laureato (biologo) particolarmente addestrato alle tecniche specifiche.

  In queste sedi si provvederebbe all'esecuzione delle analisi necessarie per il rilevamento delle aneuploidie cromosomiche mentre eventuali approfondimenti, soprattutto per la ricerca di traslocazioni, sarebbero affidati ai laboratori sopra citati.

La consulenza genetica

Ogni volta che in una coppia uno dei due componenti presenta una anamnesi familiare positiva per malattia congenita su base ereditaria ovvero quando — caso più frequente — un figlio presenti malattia congenita, la coppia deve essere inviata, previo accertamento diagnostico della natura della patologia in questione, ad un servizio di consulenza genetica per riceverne indicazioni e valutazioni.

La consulenza si esprime attraverso: l'indagine clinico-genealogica, l'eventuale visita medica dei candidati e dei loro familiari e la valutazione dei parametri clinici e biochimici utile al riconoscimento dello stato di portatore, la quantizzazione del rischio genetico, il colloquio con i candidati e la spiegazione delle indicazioni utili per il futuro (fornendo così ogni elemento per assumere con piena consapevolezza ed autonomia ogni decisione), la relazione scritta da destinare al medico personale.
Nella regione un tal genere di attività viene svolta dall'USL n. 12.

Il ricovero del bambino in ospedale

E' opinione ormai generalizzata che la maggior parte delle attività sanitarie rivolte ai bambini dovrebbero espletarsi senza ricovero.
Il bambino deve, infatti, per quanto è possibile, vivere sotto le cure e le responsabilità dei genitori e in ogni caso, in un'atmosfera di affetto e di sicurezza materiale e morale. Nei casi in cui sia necessario far ricorso all'ospedalizzazione è comunque indispensabile che tale principio venga rispettato e realizzato per quanto è possibile.
Per ottenere tale risultato è indispensabile il concorso di numerose e diversificate componenti:

— una più ampia informazione ed educazione sanitaria della popolazione (ed in particolare dei genitori e familiari del bambino);
— una sensibilizzazione e preparazione del personale medico e paramedico;
— una più razionale e moderna organizzazione ed una più funzionale strutturazione degli ospedali.

Numerose iniziative, già sperimentate o ancora allo studio in altri paesi ed, episodicamente, anche in Italia possono fornire lo spunto per orientare positivamente in ciascuno dei suddetti ambiti di azione:

— spiegazione dei motivi che rendono necessario il ricovero ed illustrazioni delle caratteristiche dell'ambiente ospedaliero al bambino che viene ricoverato per malattia ed anche ai suoi familiari, con modalità diverse e comunque adatte alle specifiche capacità di comprensione (lettera personalizzata, opuscolo illustrato, incontri informativi preliminari concernenti, soprattutto, l'organizzazione della vita e della struttura ospedaliera, le figure professionali che su essa operano, i vari tipi di indagine, di attrezzature o di strumenti usati);
— nei casi di malattie non acute i genitori possono dormire in ospedale con il bambino ed essere coinvolti nella somministrazione delle cure, dei pasti, del bagno, ecc.; fratelli e compagni possono venire in visita a qualsiasi ora; durante la convalescenza il piccolo paziente può tornare a casa e ripresentarsi a tempi prestabiliti;
— anche al bambino (e/o ai suoi genitori) che venga ricoverato per una malattia acuta deve essere spiegato ciò che sta per succedere ed i genitori o parenti devono, a maggior ragione, essere posti in grado di seguire il bambino negli interventi diagnostico-terapeutici;
— vengono organizzate visite di piccoli gruppi scolastici negli ospedali, ed in particolare nei reparti pediatrici, per insegnare a conoscere ed a non temere l'ambiente nosocomiale;
— gli ospedali vengono organizzati in piccoli reparti, si fa molta attenzione all'arredamento ed al ruolo che riveste, ad esempio, il colore; viene riposta particolare cura nella predisposizione delle procedure evitando il trauma delle lunghe permanenze in sala di pre-anestesia o di attesa ospedaliera;

— si offrono spazi e funzioni ben definite alle attività di volontariato, ecc.

Come contributo al fondamentale obiettivo di rendere meno traumatizzante l'assistenza al bambino ospedalizzato è necessario che, già nel corso del primo triennio, vengano assunte da parte dei servizi ospedalieri e degli uffici di direzione delle UU.SS.LL. una serie di iniziative:

1) I presidi sanitari pubblici e privati debbono garantire, prima, durante e dopo il parto, l'accesso e la permanenza in sala parto di un familiare o di una persona di fiducia richiesta espressamente dalla donna.

2) Per il bambino appartenente alla fascia di età della prima infanzia ricoverato presso un reparto di pediatria: uno dei genitori o loro sostituto ha facoltà di accedere e permanere nel reparto di ricovero nell'intero arco delle 24 ore.
Tale limite di età può essere elevato in presenza di particolari problematiche fisiche, psichiche ed ambientali.
Per il bambino di età superiore ai 10 anni è in ogni caso consentito ai genitori o loro sostituti l'accesso nell'arco delle 12 ore diurne, per visite al bambino ricoverato.
E' consentito ad uno dei genitori o loro sostituti di accedere alla mensa ospedaliera.

3) Uno dei genitori o loro sostituto ha la facoltà di assistere il bambino durante le visite mediche di reparto o ambulatoriali, all'atto dei prelievi per esami laboratoristici e durante le medicazioni e ogni qualvolta detta assistenza non abbia controindicazioni igienico-sanitarie.
Per gli atti medici la cui complessità di esecuzione suggerisca l'adozione di cautele o limitazioni alla presenza di uno dei genitori o loro sostituto, tra i sanitari ed i genitori verrà concordata l'opportunità e l'eventuale modalità di detta presenza.

4) Ovviamente tutti coloro che nelle condizioni sopracitate assistono al bambino spedalizzato, debbono rispettare le misure igieniche e di profilassi attuate per una adeguata protezione dei degenti e dei visitatori e le norme di comportamento stabilite per il corretto svolgimento dell'attività assistenziale.
I direttori sanitari dei presidi sanitari pubblici e privati possono, per comprovati motivi igienico-sanitari, emanare disposizioni limitative dell'accesso o della presenza dei genitori o loro sostituti in particolari reparti o zone di essi.
Per singoli casi e comunque per motivi igienico-sanitari, iniziative analoghe possono essere assunte anche dai medici di reparto, che debbono fornire ogni necessaria motivazione agli interessati.
Quando tale provvedimento comporti una limitazione superiore alle 24 ore, essa dovrà essere confermata dal Direttore Sanitario.

5) Nei casi in cui la legislazione sanitaria prevede l'isolamento al fine di evitare il contagio, la direzione sanitaria dei presidi pubblici e privati può consentire la presenza di uno dei genitori o loro sostituto attuando tutte le misure necessarie.

6) La direzione sanitaria ed i medici del reparto adottano iniziative per sensibilizzare ed informare adeguatamente i genitori, o chi per essi, sia del bambino ricoverato che di quello nato in ospedale, allo scopo di favorirne la collaborazione e la partecipazione degli stessi.
In particolare i sanitari curanti sono tenuti a fornire ai genitori del bambino ricoverato tutte le informazioni riguardanti la natura della malattia, l'evolversi del quadro nosologico e le terapie allo stesso praticate.

7) Per i bambini costretti a degenze prolungate o ripetute deve essere agevolata la presenza di operatori sociali, sia dipendenti dell'USL che appartenenti ad associazioni di volontariato che presentino appositi programmi, allo scopo di facilitare ai bambini ricoverati l'adattamento all'ambiente ospedaliero e di assicurare, al contempo, la continuità della vita di relazione.

8) L'USL promuove, d'accordo con gli organi scolastici competenti, iniziative tendenti ad organizzare in locali idonei attività scolastiche ed integrative per i bambini di cui al paragrafo precedente al fine di agevolare il reinserimento nella struttura scolastica ed il diritto allo studio.

9) Nei normali orari di accesso del pubblico ai reparti, i minori possono far visita ai degenti ricoverati. Se inferiori a dodici anni, devono essere accompagnati.
Il diritto di cui al comma precedente può essere sospeso o limitato soltanto in caso di specifici o comprovati motivi igienico-sanitari.

10) Tutte le proposte per la costituzione, la ristrutturazione e l'ampliamento di stabilimenti ospedalieri predisposti in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, dovranno tener conto in futuro della necessità di locali idonei ad accogliere gli accompagnatori e a non allontanare il neonato dalla madre durante la degenza di questa per maternità.
In particolare eventuali possibilità di innovazione delle strutture esistenti dovranno prevedere anche:
   a) la trasformazione della nursery in un sistema che consenta la permanenza del neonato accanto alla madre;
   b) letti — per ogni stanza di reparto pediatria — da destinarsi ad uno dei genitori o loro sostituti per il raggiungimento di una media pari al 60 per cento di letti pediatrici;
   c) spazi ed attrezzature riservate a sale gioco e sale di studio con personale adibito alla loro conduzione.

In attesa di poter disporre di tali strutture i presidi sanitari pubblici e privati adotteranno gli accorgimenti, di carattere anche provvisorio, idonei ad agevolare la permanenza e l'assistenza familiare specie nelle ore notturne.

Per una nuova medicina scolastica

La tutela della salute nell'età scolastica (3-14 anni) non può essere disgiunta dalla tutela della salute nell'età evolutiva nel suo complesso; gli interventi relativi iniziano dalla fase pre-concezionale per continuare durante la gestazione e dopo la nascita.
Dopo la nascita, al complesso degli interventi sanitari e sociali finalizzati alla promozione e alla tutela della salute del bambino, si aggiungono interventi per la diagnosi precoce, la terapia e la riabilitazione intesa quale effetto della rieducazione funzionale e della socializzazione (cfr. tab. 1.1.1.02). E' anche necessario rifiutare la tradizionale settorialità tra problemi sanitari, sociali ed educativi, per affermare la necessità di una valutazione globale dei problemi nell'età evolutiva nei suoi rapporti con l'ambiente ed i modi come affrontarli.
Se la salute è il risultato di un equilibrio dinamico tra l'individuo e l'ambiente (fisico e sociale), diviene fondamentale partire dall'analisi dei rapporti del bambino con il territorio e le istituzioni (famiglia, scuola); fino a 3 anni il rapporto con il territorio è mediato dalla famiglia mentre tale mediazione si fa più sfumata negli anni successivi; dopo i 15 anni, è possibile affermare un più diretto rapporto con il territorio stesso, nel senso che è soprattutto quest'ultimo a condizionare lo stato di salute fisica, psichica e sociale dell'adolescente.
Ciò significa che la realizzazione degli obiettivi elencati per le diverse età (cfr. tab. 1.1.1.02) è condizionata alla contestuale soluzione dei problemi della famiglia (abitazione, lavoro, condizioni economiche, servizi sociali) e del territorio (programmazione economica, urbanistica, servizi a gestione sociale).

Gli obiettivi finalizzati alla tutela della salute nei primi tre anni di vita implicano, pertanto, non solo interventi di tutela sanitaria, di diagnosi precoce, terapia e rieducazione funzionale, ma anche asili nido per la socializzazione di tutti i bambini e servizi sostitutivi della famiglia per quelli esposti o in stato di abbandono e in attesa di affido o adozione.
La tutela della salute nell'età scolastica, non può prescindere dalla realizzazione degli importanti obiettivi individuati dal dibattito politico, sociale e culturale relativo alla scuola (gestione sociale, tempo pieno, diritto allo studio), né dall'attuazione di servizi sportivi, attività sociali e culturali per il tempo libero. E dopo la scuola dell'obbligo, diviene inevitabile affrontare il problema della riforma della scuola media di secondo grado e quello

dell'occupazione giovanile.

Tutto ciò significa superare l'intervento sanitario, la cui efficacia, per la tutela della salute dell'età evolutiva, non potrà che essere carente se non si accompagna ad un più ampio intervento politico e sociale diretto alla famiglia e al territorio.

Per quanto attiene ai servizi di medicina scolastica le pur rare esperienze maturate negli scorsi anni hanno chiaramente dimostrato i limiti dell'intervento preventivo allorché questo sia concentrato nell'età scolastica, senza la possibilità di interessare l'età precedente.

Una conseguenza è stata quella di potere solo registrare la presenza di minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali insorte nella prima infanzia e durante la vita intrauterina; minorazioni non più prevenibili e talvolta neppure suscettibili di trattamento riabilitativo data la tardività della diagnosi. Di qui la necessità di approfittare della riorganizzazione dei servizi su base territoriale per conferire agli interventi di tutela della salute una configurazione operativa che ancora una volta ribadisca la centralità del servizio di base. In altre parole sembra più rispondente ad una moderna impostazione organizzativa:

1) recuperare il più possibile il servizio medico di base che ha seguito il bambino fin dalla nascita con particolare riguardo al pediatra;
2) utilizzare secondo necessità le competenze specialistiche integrative (poliambulatorio, operatori itineranti);
3) potenziare la ricerca di eventuali necessità presenti nell'ambiente fisico, nell'organizzazione del lavoro, nella condizione assistenziale dei singoli;
4) rendere effettiva l'azione di educazione sanitaria.

1) La concentrazione dell'attività sanitaria nell'obbligo, spesso del resto disatteso, delle due visite cliniche durante l'anno scolastico ad ogni alunno, ha fatto si che nel passato gli adempimenti restassero il più delle volte formali, saltuari, ed assai poco precisi, e quindi inutili. E' necessario invece che ad un tipo di medicina clinica si sostituiscano interventi preventivi concentrati su alcune fasce della popolazione scolastica per permettere una reale funzione di controllo delle condizioni patogene e contemporaneamente una accuratezza e scientificità dell'intervento.

   Questo il senso delle visite per "età filtro" di tutti gli scolari che dovrebbero consentire la tempestiva rilevazione delle imperfezioni dell'apparato visivo, dei difetti auditivi e del linguaggio, delle alterazioni dello sviluppo fisico e delle turbe di carattere psichico, ecc. Questi obiettivi si realizzano attraverso uno screening polifasico di massa che inizia già nella scuola materna (3 anni di età); si continua all'inizio delle scuole elementari (6 anni), alla quarta elementare (10 anni) e si conclude all'età terminale del ciclo scolastico dell'obbligo (13 anni).

   Entro tre mesi, in analogia a quanto previsto per le altre schede e protocolli (cfr. punti precedenti), la Regione si farà carico di consultare società scientifiche e università allo scopo di pervenire ad uno schema di interventi nelle età filtro ed alla messa a punto di una cartella codificata preferibilmente del tipo "problem-oriented" da utilizzare nel periodo scolare.

   Tale strumento sembra infatti particolarmente idoneo a qualificare l'intervento del medico di base e del personale non medico.

   Il medico curante cui viene richiesto nella pratica corrente di visitare un ragazzo si trova in genere a dover valutare precisi sintomi od osservazioni ed ansie materne (ad esempio pallore, dolori addominali, tosse, febbre, ed altro) che lo orientano prevalentemente alla soluzione diagnostica dei problemi sottopostigli e che perciò lo distraggono da una visita minuziosa e sistematica di tutti gli organi o apparati, in assenza di sintomi e in mancanza oltretutto di qualsiasi, anche semplice, dato strumentale. Può così sfuggirgli una lieve ipoacusia, un dismorfismo scheletrico non grossolano, un difetto del visus o alcune carie dentarie iniziali che anche insegnanti o familiari non hanno notato.

   Questi fatti molto più difficilmente possono sfuggire quando il medico sappia di fare una visita medica specificamente rivolta alla ricerca attenta dei segni di alcune particolari

affezioni, che sono curabili allorché diagnosticate tempestivamente, ma che possono sfuggire ad una visita di ruotine.

2) L'intervento integrativo viene richiesto per l'esame approfondito dei soggetti depistati. La valutazione dei suddetti specialisti dovrà innanzi tutto stabilire se il soggetto segnalato e realmente affetto dalla patologia potenziale o attuale per la quale è stato depistato oppure se nonostante la segnalazione puo essere considerato normale (depistage falsamente positivo).
Nella prima eventualità dovranno essere eseguiti tutti quegli accertamenti che consentano di inquadrare la forma morbosa attuale e potenziale soprattutto che offrano la possibilità di instaurare un trattamento efficace.
Il ricorso ai servizi specialistici sia per interventi diagnostici che correttivi o riabilitativi avviene secondo la normale prassi del sistema.

3) Va tenuto presente che la scuola deve essere considerata un ambiente di lavoro per insegnanti e ragazzi e che, pertanto, l'indagine sulle caratteristiche ambientali (microclima, strutture, arredamenti, ritmi e tempi di lavoro, programmi e strutture organizzative) come pure quella sulle condizioni assistenziali (situazioni sociali e familiari, pendolarità, rischi stradali) è tesa ad individuare ed a comprimere eventuali fattori di rischio.
In questo contesto non puo essere ignorata la problematica dell'intervento psico-pedagogico inteso alla prevenzione dei disturbi che si possono creare nell'individuo nei suoi rapporti con gli altri e con l'ambiente.
Ciò vale a maggior ragione, per i bambini della seconda e terza infanzia che arrivano alla scuola materna ed elementare portatori di capacità psicomotorie e di nozioni cognitive e di socializzazioni le più diversificate. Importante quindi che gli operatori della scuola sappiano porsi di fronte alle "diversità" di atteggiamenti, di capacità e di comportamento dei singoli bambini, in un modo consapevole e critico che eviti le facili ed erronee etichette e troppi numerosi "casi clinici".
E' indispensabile quindi affrontare tale complessa e delicata problematica in modo fluido e adattabile ai diversi contesti operativi da parte del medico di base, dell'assistente sociale, dello psicologo e dei docenti quali componenti una équipe multidisciplinare concepita non come elemento risolutivo di ogni intervento, ma come gruppo di aiuto psicopedagogico operante tanto nella scuola che nella famiglia e nel territorio.

4) La scuola è la sede primaria dell'azione educativa in generale e quindi anche di quella sanitaria. E' quindi evidente che gli interventi educativi competono agli insegnanti cui gli operatori sanitari forniscono essenzialmente il necessario supporto informativo.

L'organizzazione dell'intervento complessivo nell'età scolare ricade tradizionalmente tra le competenze del servizio di igiene e sanità pubblica. La legge regionale ha per altro previsto un servizio (punto n. 2, art. 14 legge regionale 24.4.1980, n. 24) deputato alla "medicina di base; tutela della maternità, infanzia ed età evolutiva".
Tale servizio è stato individuato sulla base della particolare attenzione che, sia culturalmente che scientificamente che politicamente, si attribuisce a questo settore. E' così prevedibile che il servizio sia particolarmente preposto alla realizzazione del presente progetto obiettivo; sarà pero necessario che dal punto di vista funzionale esso faccia da ponte ad un intervento complessivo che coinvolge tanto il servizio n. 1) che il n. 2) e n. 3) ed i servizi sociali (dipartimento materno-infantile). A regime, l'intervento potrà essere ricondotto anche istituzionalmente fra le competenze del servizio n. 1) "servizio di igiene e sanità pubblica" a prevalente vocazione preventiva.

INDICATORI STATISTICI PER LA VALUTAZIONE DEI PROGRAMMI

L'efficacia nel perseguimento degli obiettivi del progetto obiettivo può essere verificata in base ai dati relativi ad esempio, a:

— mortalità infantile e perinatale (numero di morti e causa);

- mortalità materna (numero di morti e causa);
- interruzione volontaria di gravidanza;
- prevalenza di malattie congenite presenti alla nascita (con particolare riguardo alle malformazioni maggiori, alla malattia emolitica del neonato e ad alcune malattie congenite del metabolismo);
- prevalenza alla nascita dei neonati di basso peso (peso inferiore a 2.500 grammi).

Mentre i primi tre gruppi di dati sono già disponibili (si tratterà semmai, al pari di altre rilevazioni statistiche correnti, di migliorarne l'attendibilità e di provvedere a rendere disponibili i dati tempestivamente a ciascuna USL e alla regione), per gli altri occorre prevedere l'attivazione di nuove rilevazioni. A questo scopo, anziché pensare da subito a moduli definitivi da distribuire a tutti gli ospedali della regione dotati di reparti di maternità, ci si può indirizzare ad una prima indagine da svolgere con la sola collaborazione di alcuni centri pilota.

L'indagine, che va effettuata con la supervisione di un gruppo di esperti (pediatri, ostetrici, neonatologi, ecc.) in collaborazione con il servizio informativo sanitario e l'osservatorio epidemiologico, consiste nella rilevazione di alcuni dati clinico-anamnestici essenziali nei casi di nati con peso inferiore a 2.500 grammi o affetti da una (o più) tra le malattie congenite inserite in un elenco da determinare.

Tale iniziativa può collegarsi almeno in parte all'indagine policentrica che si sta svolgendo in Italia sulle malformazioni congenite, a cui già partecipano gli ospedali di Fabriano e di Jesi.

Tale indagine viene coordinata a livello centrale dalla Clinica Pediatrica dell'Università Cattolica di Roma.

Un altro gruppo di informazioni utili per un monitoraggio qualitativo del funzionamento del programma obiettivo riguarda il grado di recupero funzionale, psicologico e sociale dei soggetti portatori di handicaps.

Anche in questo campo si sconta una mancanza quasi assoluta di dati su incidenza, prevalenza e natura degli handicaps gravi presenti nella popolazione regionale.

Un primo passo potrebbe essere costituito dalla promozione di uno studio sulla prevalenza degli handicaps: i dati andrebbero rilevati presso tutte quelle sedi che presumibilmente hanno registrato dei contatti tra soggetti portatori di handicaps e sistema socio-sanitario (centri per la riabilitazione, scuole, ospedali, istituti pubblici e privati, che svolgono attività di assistenza in questo campo, ecc.). Le modalità di svolgimento dell'indagine dovrebbero mirare non alla precisione formale, ma alla descrizione fedele anche se grezza della distribuzione degli handicaps nel territorio regionale ed a una prima grossolana stima delle caratteristiche che il rapporto handicap/risposta sociale assume nella regione Marche.

La valutazione dell'efficacia degli interventi in questo settore è resa difficile dalla natura non strettamente sanitaria dei problemi. E' compito dei singoli servizi scegliere un proprio sistema di valutazione (da confrontare eventualmente con quello di altri centri) in modo da pianificare razionalmente le proprie attività. Ciò vale del resto anche per tutte quelle situazioni in cui l'efficacia di un intervento non può essere misurata in semplici termini di malattia o di invalidità (vedi programmi per la socializzazione del bambino in ambiente extra familiare). In tutti questi casi devono essere gli stessi operatori dei servizi in rapporto dialettico con gli utenti dei servizi stessi a costruirsi il proprio modello di valutazione.

Quanto all'*efficienza* dei programmi previsti dal progetto obiettivo è fondamentale soprattutto misurare l'*accessibilità* degli interventi e cioè l'effettivo uso del servizio erogatore (o comunque la effettiva possibilità d'uso) da parte della popolazione cui l'intervento è destinato.

Ciò vale per gli interventi di screening, come per le attività consultoriali e quelle di riabilitazione.

Ogni iniziativa attivata all'interno del programma obiettivo deve essere resa disponibile a *tutta* la popolazione per cui essa è stata prevista. E' noto infatti come i servizi sanitari, specie quelli ad orientamento preventivo, vengano usati maggiormente da quella parte della popolazione che meno ne ha bisogno. Le statistiche di attività dei servizi debbono quindi essere impostate in modo da chiarire il rapporto tra uso e domanda potenziale dei servizi.

Il servizio informativo sanitario e l'osservatorio epidemiologico forniranno il supporto tecnico alle indagini conoscitive sopramenzionate.

1.1.2. Tutela della salute delle persone anziane·

Tale progetto non puo tener conto di problematiche settoriali, perché interessa tutta la popolazione: sarebbe falso e artificioso isolare le necessità degli anziani da quelle generali dell'uomo, riguardo alla casa, all'assistenza medica e sociale, all'esigenza di disporre di un reddito equo.
Questa scelta conduce chiaramente ad affrontare il problema nelle sedi naturali (il quartiere, la casa) e non più in quelle "indotte", siano essi gli ospedali, i ricoveri, i pensionati, ecc.
Per mettere in opera la "deospedalizzazione dell'anziano" occorre innanzi tutto evitare, tramite un'adeguata prevenzione, che questo si ammali. Ma, una volta ammalato, venga curato e riabilitato in maniera opportuna, in strutture specifiche, per evitare che vada incontro a situazioni definitivamente invalidanti.
La tutela della salute dell'anziano deve infatti essere basata sulla lotta alla cronicità ed alla invalidità perché non si è "vecchio" fino a quando non si perde l'autosufficienza.
Quando sia necessario non si deve esitare a proporre provvidenze specifiche che possono salvare l'anziano da una futura reale emarginazione e da un disinteresse, tanto piu facile e possibile quanto piu esso e legato alla tendenza biologica che prevede principalmente una particolare cura per la prole. Le provvidenze per gli anziani, correlate e parte integrante di quelle generali, debbono coinvolgere i settori sanitari ed assistenziali-sociali e debbono essere tali da tenere conto delle esigenze legate allo stato biologico e non all'età.
La tutela della salute degli anziani deve essere cioe un programma di assistenza non legato all'età dei soggetti da assistere, ma soprattutto al grado di autosufficienza e di invalidità (si puo essere vecchi biologicamente a 40 anni come ci sono soggetti validi anche al di sopra dei 70 anni).
Tenendo quindi presente la correlazione tra iniziative a favore degli anziani e quelle per l'intera popolazione, si possono individuare settori diversi di intervento:

a) *la casa:* l'obiettivo prioritario è quello di evitare che l'anziano abbandoni l'abitazione o perché ha perduto la piena autosufficienza o perché l'alloggio non è più adatto al suo stato. Spesso si ricorre a integrazioni economiche per colmare, ad esempio, l'intervallo tra affitto e possibilità economiche dei soggetti oppure a contributi per spese, quali luce, gas, acqua. Queste misure dovrebbero essere prese solo saltuariamente e limitatamente a pochi casi urgenti in quanto non incisive. Si avanza invece l'ipotesi che un modo effettivo di favorire la permanenza in famiglia e limitare l'istituzionalizzazione sia quello di instaurare servizi sociali aperti e di intervenire con migliorie di vario tipo nelle abitazioni (vedi cap. 2.2.);
b) *la salute:* le modalità secondo cui si può intervenire per la difesa di questo bene si basano soprattutto sul privilegio del momento preventivo su quello curativo. In dettaglio la tutela della salute e la lotta alla cronicizzazione della malattia e della invalidità vanno perseguite attraverso una *prevenzione primaria* (nei soggetti sani) che comprende l'igiene personale e una diffusa educazione sanitaria. Un secondo momento, rivolto ai malati latenti, e la *prevenzione secondaria*, che consiste nella diagnosi e cura precoce delle malattie ed è rivolta ad allontanare i danni derivanti da cause biologiche, ambientali e sociali. L'ultima forma e la cura che deve avere come scopo anche la lotta alla cronicizzazione e alla invalidità, il reinserimento e il recupero sociale dell'individuo;
c) *servizi alla residenza:* viene accettata da tutti l'idea che la vecchiaia è prevalentemente anche una malattia psicologica, conseguente alla espulsione dal processo produttivo e riassumibile nel senso di inutilità che accelera il decadimento fisico.
   E' necessario evitare questa frattura coinvolgendo l'anziano nella vita attiva della società anche al momento del pensionamento; occorre quindi che i servizi sociali siano intensi e utilizzati in questo senso e debbano tendere a realizzare una integrazione sociale.

E' evidente che molte cause dell'emarginazione degli anziani e parallelamente quelle del recupero della loro integrazione sociale non si ritrovano solo nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari.
Conseguentemente è necessario che anche a livello di società si realizzino importanti riforme, quali quella della previdenza, dell'assistenza e della casa e a livello di mentalità individuale si abbia più considerazione nei confronti di coloro che hanno perso un "ruolo produttivo". Su questa ultima linea diventa importante che ciascun adulto si prepari al pensionamento ed alla vecchiaia, attivando interessi ed azioni preventive che permettano anche sul piano psicologico di sentirsi ancora utili.

La situazione attuale

Anche nella nostra regione, come nel resto d'Italia, si è assistito negli ultimi anni ad un progressivo aumento della popolazione anziana. Le cause di ciò si possono individuare nelle migliorate condizioni di vita e nelle conquiste della scienza medica, che hanno permesso l'allungamento della vita media e la caduta del tasso di natalità e mortalità infantile. Nelle Marche si è passati da 11,9 per cento di ultrasessantenni sulla popolazione totale del 1951 a 14,3 per cento nel 1961, al 18 per cento nel 1971 e al 19,4 per cento nel 1976.
Come dimostra la tabella 1.1.2.01 l'indice di vecchiaia del 1976 dovrebbe essere inalterato nel 1981, anche se si può prevedere un incremento in assoluto nel periodo 1976-81 che comunque sarà di entità inferiore a quello riscontrato nel periodo 1971-76.
La tendenza alla crescita, riprenderà, secondo le stime, dal 1981 al 1991.
Gli anziani si addensano prevalentemente nelle zone montane e nei centri storici delle città, dove maggiore è la fuga delle giovani generazioni; è da segnalare la USL n. 20 — Camerino — per l'elevato indice di vecchiaia.
All'aumento della popolazione anziana però non fanno seguito in genere adeguate risposte ai bisogni e seppure questi variano in relazione alle classi sociali di appartenenza e diventano meno intesivi per i più abbienti, tuttavia si può presupporre che sia molto elevato il numero di anziani "emarginati".
Gli interventi in campo assistenziale e le leggi nazionali hanno aggravato le condizioni di esclusione di questa fascia di cittadini in quanto non si è risaliti alle cause dei bisogni e alla loro riduzione.
In generale si è privilegiato l'internamento in case di riposo e il ricorso alla spedalizzazione; anche nelle Marche l'assistenza in case di riposo è stata la più praticata. Nel 1976 risultavano ricoverati circa 3.500 anziani, di cui il 57,71 per cento erano classificati "autosufficienti" (tabella 1.1.2.02).
Quest'ultimo dato dimostra che le cause di ricovero sono spesso di origine sociale più che di origine sanitaria.
Gli istituti per anziani nella regione Marche sono 104 e risultano così suddivisi per natura giuridica:
— 58 IPAB
— 21 pubblici
— 14 privati religiosi
— 3 privati laici
8 non rilevati
Essi hanno offerto una assistenza improntata ai concetti di terapia-isolamento, la maggioranza del personale è costituito da inservienti, per cui gli anziani usufruiscono per una minima percentuale delle cure sanitarie di base e degli interventi volti a riabilitarli e reinserirli nel tessuto sociale. Solo l'ospedale ha costituito storicamente la maggiore risposta alle necessità degli anziani. Ciò si deve anche alle attuali carenze sia di tipo sanitario che sociale per la mancanza di una adeguata rete dei servizi sanitari domiciliari e dei poliambulatori attrezzati

anche alla riabilitazione, per la inadeguatezza di servizi sociali, per le cattive condizioni economiche ed abitative, ecc. (1).
Nella nostra regione gli anziani costituiscono una notevole parte dell'utenza degli ospedali (cfr. tab. 1.1.2.03): la percentuale di ricoverati ultrasessantacinquenni sul totale delle presenze è stato nel 1976 del 24,73 per cento.
Le UU.SS.LL. con valori più forti sono in ordine decrescente: la 19 (Tolentino) 37,37 per cento, la 17 (S. Elpidio) 34,77 per cento, la 18 (S. Severino) 34,33 per cento, la 23 (Amandola) 33,80 per cento, la 11 (Fabriano) 32,70 per cento, la 24 (Ascoli Piceno) 32 per cento, la 1 (Novafeltria) 31,42 per cento e la 9 (Falconara Marittima) 30,42 per cento.

Tabella n. 1.1.2.01

POPOLAZIONE ANZIANA NELLE UU.SS.LL. delle Marche al 1971-1976-1981

USL n.	1971 (censita)		1976 (proiez.)		1981 (proiez)	
	Popolazione 60 - w	*Indice di vecchiaia*	*Popolazione 60 - w*	*Indice di vecchiaia*	*Popolazione 60 - w*	*Indice di vecchiaia*
1	3.528	20,9	3.839	22,7	3.762	22,1
2	3.905	19,8	4.191	21,2	4.052	20,3
3	16.832	15,7	18.929	17,2	19.476	17,3
4	11.476	17,6	12.801	19,3	12.914	19,2
5	6.925	18,3	7.491	19,5	7.534	19,4
6	6.131	19,0	6.741	20,7	6.688	20,4
7	8.181	21,9	8.709	23,3	8.575	23,0
8	11.539	18,3	12.733	19,9	12.823	19,8
9	8.226	17,7	9.095	19,1	9.271	19,3
10	18.298	19,0	19.949	20,4	19.973	20,3
11	13.617	21,8	14.678	23,5	14.547	23,3
12	21.869	17,4	24.093	18,8	24.994	19,2
13	6.195	16,4	6.925	17,9	7.108	18,0
14	9.097	17,5	10.166	19,1	10.303	19,0
15	15.063	17,5	16.896	19,2	17.126	19,2
16	7.794	15,6	8.960	17,5	9.271	17,7
17	7.936	14,4	9.123	16,0	9.665	16,4
18	4.876	22,2	5.219	23,7	5.136	23,4
19	9.059	21,2	9.781	22,8	9.721	22,6
20	4.646	25,1	4.767	26,1	4.564	25,3
21	15.613	18,2	17.105	19,6	17.340	19,6
22	13.193	15,4	14.787	16,8	15.338	17,0
23	3.727	20,0	3.910	20,8	3.855	20,3
24	16.621	17,4	17.928	18,4	18.093	18,3
Reg.	244.347	18.0	268.817	19,4	272.130	19,4

Fonte: Regione Marche "Progetto Socio Sanitario regionale" (1979 - nostre elaborazioni)

Nota:
(1) Attraverso un'indagine campionaria è stato calcolato che in Italia nel 1970 ben 6.400.000 giornate di degenza di anziani negli ospedali generali erano dovuti ad esclusivi o prevalenti motivi economici e sociali.

Tabella n. 1.1.2.02

RICOVERATI NELLE CASE DI RIPOSO DELLE MARCHE, PER UU.SS.LL., SESSO, STATO DI SALUTE, ETA' (1976)

ULSSS	SESSO		STATO DI SALUTE			ETA'			TOTALE	% RICOV. SUL TOTALE
	M	F	aut.	semi-aut.	allet-tati	meno di 60	60-70	oltre 70		
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	1	7	7	1	—	1	7	—	8	0.2
3	126	306	309	35	88	14	50	368	432	12,1
4	30	66	51	21	24	5	17	74	96	2,7
5	30	43	36	27	10	3	7	63	73	2,4
6	26	50	35	37	4	5	16	55	76	2,1
7	43	74	70	36	11	6	24	87	117	3,2
8	112	278	221	94	75	19	60	311	390	10,9
9	16	69	66	7	12	4	9	72	85	2,3
10	120	251	247	42	82	33	78	260	371	10,4
11	88	199	196	75	16	54	40	193	287	8,0
12	19	92	62	31	18	1	7	103	111	3,1
13	45	114	78	57	24	9	18	132	159	4,4
14	34	203	113	92	32	3	23	211	237	6,7
15	76	112	78	60	50	8	26	154	188	5,2
16	26	46	56	8	8	4	44	24	72	2,0
17	3	19	18	2	2	1	3	18	22	0,6
18	32	60	14	67	11	7	16	69	92	2,6
19	51	82	106	20	7	8	35	90	133	3,9
20	29	49	20	43	15	5	53	20	78	2,1
21	52	180	91	113	28	19	28	185	232	6,5
22	35	122	103	42	12	15	22	120	157	4,4
23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	33	117	80	—	70	11	89	50	150	4,2
Tot.	1.027	2.539	2.057	910	599	235	672	2.659	3.655	100

Fonte Regione Marche - Ufficio Programma "Rapporto sugli istituti socio assistenziali operanti nella Regione" SITA - 1978 - Nostre elaborazioni.

Tabella n. 1.1.2.03 a)

DISTRIBUZIONE RICOVERI PER PARTICOLARI CLASSI DI ETA' (>65 ANNI) E PER UU.SS.LL.: (1978)

Classi di età / UU.SS.LL. / Sede ospedali	OSPEDALI PUBBLICI			CASE DI CURA PRIVATE			% su totale ricov. ospedale
	Classi di età			Classi di età			
	65–74	>75	Totale	65–74	>75	Totale	
USL n. 1							
Novafeltria	445	337	782				31,44
Totale	*445*	*337*	*782*				*31,44*
USL n. 2							
Macerata Feltria	355	365	720				36,36
Sassocorvaro	516	339	855				24,60
Totale	*871*	*704*	*1575*				*28,87*
USL n. 3							
Pesaro (civile)	2795	1575	4370				24,08
Pesaro (Asp. Accorimbeni)	62	31	93				43,06
Mombaroccio	113	51	164				16,92
Totale	*2970*	*1657*	*4627*				*23,61*
USL n. 4							
Fano	1812	1178	2990				21,02
Mondolfo	336	228	564				30,64
Totale	*2148*	*1406*	*3554*				*22,12*
USL n. 5							
S.Angelo in Vado	76	113	189				43,95
Urbania	327	233	560				32,22
Urbino	841	580	1421				24,00
Totale	*1244*	*926*	*2170*				*26,83*
USL n. 6							
Fossombrone	816	410	1226				25,23
Mondavio	342	272	614				31,37
Totale	*1158*	*682*	*1840*				*27,40*
USL n. 7							
Cagli	779	550	1329				34,22
Pergola	418	301	719				35,84
Totale	*1197*	*851*	*2048*				*34,77*
USL n. 8							
Senigallia (Villa Silvia)				64	30	94	12,30
Senigallia (Civile)	1482	952	2434				22,31
Corinaldo	629	362	991				29,28
Ostra	251	150	401				34,84
Ostra vetere	145	119	264				35,77
Totale	*2507*	*1583*	*4090*	*64*	*30*	*94*	*24,69*
USL n. 9							
Montemarciano	132	155	287				51,71
Chiaravalle	448	398	846				26,69
Totale	*580*	*553*	*1133*				*30,42*
USL n. 10							
Filottrano	139	107	246				26,68
Jesi (Civile)	2575	1431	4006				25,57
Montecarotto	462	305	767				44,80
Cupramontana	186	187	373				39,49
Cingoli	259	207	466				33,38
Jesi (Villa Serena)				576	324	900	29,09
Jesi (Villa Jolanda)				108	27	135	20,42
Totale	*3621*	*2237*	*5858*	*684*	*351*	*1035*	*28,26*
USL n. 11							
Arcevia	186	115	301				25,21
Fabriano	743	557	1300				29,51
Sassoferrato	337	420	957				41,52
Matelica	633	433	1066				33,56
Totale	*2099*	*1525*	*3624*				*32,70*
USL n. 12 (*)							
(INRCA enclusa)							
Ancona (Villa Adria)				456	220	670	24,26
Ancona (Villa Igea)				234	123	357	11,94
Ancona (Civile) 3605	3605	1578	5183				18,78
Ancona (Oncologico)	639	106	745				23,24
Ancona (Cardiologico)	556	247	803				20,47
Totale	*4800*	*1931*	*6731*	*690*	*343*	*1033*	*19,14*

segue

Tabella n. 1.1.2.03 b)

DISTRIBUZIONE RICOVERI PER PARTICOLARI CLASSI DI ETA' (>65 ANNI) E PER UU.SS.LL.: (1978)

Classi di età / UU.SS.LL. / Sede ospedali	OSPEDALI PUBBLICI – Classi di età			CASE DI CURA PRIVATE – Classi di età			% su totale ricov. ospedale
	65–74	>75	Totale	65–74	>75	Totale	
USL n. 13							
Castelfidardo	122	85	207				31,75
Osimo (Civile)	454	337	791				21,32
Osimo (Muzio Gallo)	459	291	750				42,09
Totale	*1035*	*713*	*1748*				*28,45*
USL n. 14							
Loreto	639	434	1073				30,26
Recanati	560	337	897				22,06
Totale	*1199*	*771*	*1970*				*26,19*
USL n. 15							
Villalba (Macerata)				424	244	668	21,61
Villa Marchetti (MC)				326	208	534	33,04
Villa Isabella (MC)				142	102	244	31,44
Specialistica (MC)				193	91	284	50,18
Villa Montalbano (MC)				7	2	9	21,43
Osp. Civile (MC)*	619	345	964				18,97
Montecassiano	189	101	290				39.95
Pollenza	53	98	151				71,56
Totale	*861*	*544*	*1405*	*1092*	*647*	*1739*	*26.03*
USL n. 16							
Villa dei Pini (Civitanova)				351	289	640	34,46
Civitanova M. (Civile)	333	205	538				25,68
Totale	*333*	*205*	*538*	*351*	*289*	*640*	*29,81*
USL n. 17							
S. Elpidio (osp. civile)	448	264	712				22,87
Montegranaro (osp. civile)	305	155	460				21,73
Totale	*753*	*419*	*1172*				*22,41*
USL n. 18							
S.Severino M. (osp. civile)	565	404	959				34,33
Totale	*565*	*404*	*969*				*34,33*
USL n. 19							
S. Ginesio (osp. civile)	125	108	233				46,14
Sarnano (osp. civile)	160	117	277				39,01
Tolentino (osp. civile)	516	304	820				34,82
Totale	*801*	*529*	*1330*				*37,37*
USL n. 20							
Camerino (osp. civile)	733	546	1279				29,19
Totale	*733*	*546*	*1279*				*29,19*
USL n. 21 (INRCA esclusa)							
Fermo (Villa Verde)				378	196	574	23,86
Porto S. Giorgio (osp. civile)	886	528	1414				23,19
Falerone (osp. civile)	80	93	173				63,37
Fermo (osp. civile)	1475	760	2235				20,79
Montegiorgio (osp. civile)	467	376	843				30,02
Petritoli (osp. civile)	224	179	403				29,37
Totale	*3132*	*1936*	*5068*	*378*	*196*	*574*	*23,80*
USL n. 22							
S. Benedetto (Stella Maris)				394	241	635	23,53
S. Benedetto (Villa Anna)				521	292	813	24,58
Ripatransone (osp. civile)	206	123	329				26,32
S. Benedetto (osp. civile)	1573	762	2335				18,20
Montefiore dell'Aso (osp.civ.)	198	148	346				38,83
Totale	*1977*	*1033*	*3010*	*915*	*533*	*1448*	*21,25*
USL n. 23							
Amandola (osp. civile)	344	189	533				33,80
Totale	*344*	*189*	*533*				*33,80*
USL n. 24							
Ascoli P. (Villa San.Giuseppe)				60	32	92	31,83
Ascoli P. (Luciani)	302	120	422				41,78
Offida (osp. civile)	290	186	476				31,59
Ascoli P. (osp. civile)	dati non disponibili						
Totale	*592*	*306*	*898*	*60*	*32*	*92*	*32,00*
Totale Marche	35965	21987	57952	4234	2421	6655	24,73

Fonte: Modello A/OSP - Nostre elaborazioni

* dati parziali si riferiscono a 5802 ricoveri contro 14352 ricoveri prevedibili

STRUMENTI SPECIFICI

Il progetto-obiettivo ha lo scopo di sviluppare in maniera più omogenea sul territorio regionale un intervento globale nei confronti dell'anziano, che preveda più qualificate prestazioni sanitarie ma anche iniziative che diano risposte a bisogni ed esigenze più complessive (abitative, ricreative, lavorative).
In tal senso i comuni hanno finora svolto un ruolo importante che va considerato attraverso anche una legge regionale, da emanare entro il 1982, che preveda finanziamenti adeguati per sviluppare tali iniziative.
Occorre prevedere un integrato sistema di sicurezza sociale, che deve tendere alla realizzazione, sviluppo e qualificazione dei servizi socio-sanitari per le persone anziane, diretti a prevenire e rimuovere situazioni di bisogno, di emarginazione e di disagio, favorendo il più possibile il mantenimento e reinserimento della persona anziana nel proprio nucleo familiare e comunque nel normale ambiente di vita.
Essi devono essere erogati ed organizzati dai normali presidi socio-sanitari (servizi di base, quelli integrativi) e possono trovare peculiari integrazioni con gli interventi da realizzare per le persone in situazioni di bisogno simili, quali gli handicappati fisici e psichici.

Assistenza domestica

Il servizio di *assistenza domestica* ha lo scopo di favorire il mantenimento della persona anziana nel nucleo familiare o in ogni caso nel proprio alloggio. Il servizio domiciliare favorisce quindi, secondo le effettive esigenze dell'anziano e del suo nucleo familiare, prestazioni di aiuto per il governo della casa e per la cura della persona nelle attività giornaliere.
Per aiuto nel governo della casa si può pensare al riordino del letto e della stanza, alla pulizia generale dell'alloggio, al ricambio della biancheria, alla preparazione del pranzo, alla eventuale fornitura dei pasti a domicilio.
Per l'aiuto alle persone nell'attività giornaliera si può intendere l'aiuto prestato alla persona anziana per alzarsi dal letto, per le pulizie personali, per la vestizione e la nutrizione, per camminare e via dicendo.
Definire il fabbisogno di personale per questo servizio è abbastanza arduo, comunque occorre considerare la possibilità per un'assistenza familiare di prestare mediamente 3 h/settimanali di assistenza in un nucleo familiare per modo che in una settimana lavorativa sia possibile assistere 10-12 nuclei, tenuto conto dei tempi di spostamento da un alloggio all'altro.
Al fine di dare avvio a questo tipo di servizio si propone che, in prima istanza, esso venga sviluppato nei comuni con una popolazione non inferiore a 15.000 abitanti (19 comuni).
Presunti affidabili i presupposti numerici concernenti la popolazione anziana da assistere, si possono preventivare circa 6 unità per 50.000 abitanti il fabbisogno di assistenza domiciliare (non è da considerare improbabile l'eventuale modifica del dato numerico dopo una prima fase di sperimentazione); data per prevedibile una percentuale del 30 per cento di assenza per ferie e malattia, il numero preventivabile per 50.000 abitanti deve essere riportato a 9 unità.
La verifica di tale parametro presuntivo è chiaramente affidata alle singole UU.SS.LL. che vi provvederanno dopo un accurato censimento delle unità assistibili nelle diverse forme.

Prestazioni

Le prestazioni di assistenza domiciliare, svolte dai comuni e dalle UU.SS.LL., secondo le rispettive competenze, possono essere le seguenti:
1) servizio sociale
2) segretariato sociale
3) aiuto domestico
4) assistenza infermieristica
5) assistenza specialistica

6) consulenza specialistica
7) servizi di trasporto
8) servizio alimentare

Con dette prestazioni si possono realizzare le seguenti attività:

1) *Servizio sociale* (assistenza sociale)
   - indagine socio-familiare
   - diagnosi e terapia del bisogno sociale
   - coordinamento delle prestazioni
   - valutazione dell'andamento delle prestazioni
   - organizzazione del volontariato

2) *Segretariato sociale*
   - verifica dei servizi resi
   - espletamento pratiche

3) *Aiuto domestico* (personale ausiliario di assistenza)
   - aiuto nel governo della casa
   - assistenza dei malati in caso di assenza o impedimento dei familiari

4) *Assistenza infermieristica* (infermiere professionale)
   - tutti gli interventi previsti dalla legge per tale professione
   - rapporto con il medico curante, con l'ospedale o altri centri medici
   - igiene della persona e dell'alimentazione
   - prelievi per esami

5) *Assistenza medica* (medico di base)
   - visite mediche
   - iniezioni endovenose
   - fleboclisi
   - cura piaghe da decubito, podologia, ecc.

In particolare l'attività del medico di base dovrà essere svolta attraverso controlli medici continui presso la popolazione in genere e quella anziana in particolare.

6) *Consulenza specialistica*

Si è constatato che le persone anziane si rivolgono alle cure specialistiche in misura di gran lunga inferiore al resto della popolazione; occorrera a tal proposito prevedere l'uso piu frequente delle seguenti branche specialistiche:

- psicologia
- psichiatria
- oculistica
- fisiochinesiterapia
- neurologia
- cardiologia
- odontoiatria
- ortopedia

Per le branche specialistiche sopra elencate si utilizzerà il personale già operante presso i poliambulatori specialistici o presso strutture ospedaliere intervenendo non solo dietro richiesta ma anche tramite indagini mirate.

7) *Servizio di trasporto*

Anche in questo servizio si possono utilizzare mezzi e personale già esistente che spesse volte vengono utilizzati parzialmente (cfr. par. 3.3.).

In particolare il servizio dovrà prevedere:

- collegamento con l'ospedale di giorno
- collegamento con servizi convenzionati quali mense, lavanderia, ecc.
- collegamento con i servizi di cura e sanitari in genere.

8) *Servizio alimentare*

In particolare questo servizio dovrà sostituire l'aspetto caritatevole dell'assistenza fino ad oggi erogata agli anziani; esso dovrà prevedere:

- fornitura di pasti a domicilio o convenzione con mense
- convenzione per provviste alimentari

Il presupposto fondamentale per i servizi sopra elencati è che le persone anziane abbiano una auto-sufficiénza fisica.

FABBISOGNO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER LE PERSONE ANZIANE

USL n.	*Popolazione residente (1)*	*Fabbisogno minimo di assistenti domiciliari*
1	17.242	3
2	19.499	3
3	115.957	20
4	74.079	13
5	39.469	7
6	32.729	5
7	36.169	6
8	66.491	11
9	53.294	9
10	98.553	17
11	65.282	11
12	124.957	22
13	41.433	7
14	55.100	9
15	88.843	15
16	55.341	9
17	61.520	10
18	21.693	3
19	41.086	7
20	17.020	3
21	86.609	15
22	91.271	16
23	16.963	3
24	99.843	17
Totale	1.420.443	238

(1) dati ISTAT al 31.12.1980

IL PROBLEMA ABITATIVO

Anche attraverso gli interventi nel settore abitativo si tende a una riduzione dei ricoveri ospedalieri e ad una contrazione delle domande di accesso alle case di riposo, in quanto si mira a mantenere l'anziano nell'abitazione in cui ha sempre vissuto, seguendolo a domicilio con i servizi socio-sanitari territoriali.

Poter disporre di una abitazione decorosa o poter restare nella propria casa è un bisogno di molti anziani, poiché, a differenza di altre soluzioni residenziali quali le case di riposo, permette di avere elevati gradi di libertà individuale, di mantenere e coltivare le abitudini e i rapporti interpersonali che con il ricovero in istituto vengono per lo più interrotti.

Alcuni strumenti legislativi esistono, si tratta solo di applicarli: la legge 22 ottobre 1971, n. 865 che favorisce il recupero di edifici esistenti e la costruzione di alloggi per persone anziane, la legge 8 agosto 1977, n. 513 la quale stabilisce che non meno del 30 per cento delle abitazioni realizzate siano di superficie utile di mq. 45 e assegnate a famiglie di nuova formazione e ad anziani; il D.P.R. 27 aprile 1978, n. 384 che prevede l'eliminazione delle barriere architettoniche. Altri strumenti saranno predisposti dalla Regione con una legge organica che preveda anche finanziamenti in conto capitale per dare risposte concrete al problema abitativo, anche quello protetto.

Alloggi autonomi

Si può pensare che per una parte di anziani autosufficienti bastino modesti interventi affinché molti possano rimanere nella casa in cui abitano. Secondo le necessità gli interventi possono comprendere aiuti per il pagamento dell'affitto, del riscaldamento, del telefono o possono essere di tipo organizzativo, come i servizi di supporto (assistenza domiciliare).
In altri casi invece si deve intervenire direttamente sulle caratteristiche dell'alloggio, ad esempio tramite la ristrutturazione dei servizi igienici, la tinteggiatura, la sistemazione del riscaldamento, ecc.
E' molto importante installare il telefono laddove non esiste, poiché esso costituisce un mezzo per entrare in contatto con il mondo esterno e per sentirsi più sicuri in caso di bisogno.
Agli anziani che non possono rimanere nella propria abitazione o in famiglia, si possono assegnare dei normali alloggi, inseriti nel contesto abitativo (cfr. cap. 2.2.).
Questi possono essere recuperati dal patrimonio immobiliare degli Enti pubblici (Comuni, ex ECA, IPAB) o costituire una quota parte degli alloggi di nuova costruzione dell'edilizia sovvenzionata e agevolata convenzionata o essere alloggi risanati nei centri storici, tramite gli interventi di recupero del patrimonio edilizio esistente.
La costruzione e la ristrutturazione degli alloggi devono essere localizzate in vista delle specifiche esigenze degli anziani, anche di quelli non autosufficienti, tenendo presenti particolari standards volti alla eliminazione delle barriere architettoniche (eliminazione o riduzione di ostacoli fisici causa di affaticamento, fonti di pericolo, cause di infortunio...).
Nella specificità dell'argomento, la ristrutturazione dell'alloggio dell'anziano si rende necessaria quando diventa inadeguato alle condizioni di vita dell'utente:

a) sia per il degrado dell'abitazione:
   l'intervento sull'abitazione è quindi inteso a rimuovere alcuni ostacoli materiali, abitativi, che renderebbero difficile la permanenza, con conseguente abbandono dell'alloggio da parte dell'anziano; ci si deve indirizzare quindi verso la ristrutturazione di certi servizi indispensabili quali: acqua corrente, servizi igienici interni, impianti di riscaldamento, modifiche di rampe di scale se troppo ripide, ecc.;
b) sia per l'indebolimento dello stato fisico dell'individuo;
   altre situazioni di disagio possono essere costituite da alloggi che, anche se idonei, sono articolati su due piani: infatti l'anziano con handicaps fisici non ha la possibilità di muoversi agevolmente da un piano all'altro per cui si renderà necessario ristrutturare il piano terra.

Comunità alloggio

Per gli anziani scarsamente autosufficienti, ma senza gravi sindromi che impongono l'assistenza sanitaria continuativa, si possono prevedere degli alloggi "protetti", collegati cioè con un servizio di assistenza continua di carattere sanitario, domestico e sociale.
Le unità abitative "protette" possono essere riunite in un unico blocco o vicine tra loro o essere sparse nel quartiere; è indispensabile però che venga assicurata "la protezione", che è data dalla costante reperibilità di una persona tramite collegamenti a distanza (citofono, telefono...).

L'assistenza medica sarà garantita dai medici di base e dagli altri servizi dell'USL, anche sulla base delle disponibilità venutesi a creare a seguito della riduzione delle degenze; lo stesso discorso vale per il personale infermieristico (cfr. cap. 2.2.).
Occorre inoltre dare opportuno rilievo ad una relativamente nuova attività professionale fino ad oggi operante prevalentemente a livello ospedaliero: terapia della riabilitazione.
Tale attività sarà materialmente eseguita, qualora sia possibile senza il ricovero, dal terapista della riabilitazione sulla base delle indicazioni dei diversi specialisti precedentemente citati, eventualmente coadiuvati da un geriatra.
Si dovrà inoltre utilizzare uno staff di collaboratrici domestiche per il riordino e la pulizia di detti appartamenti, il servizio di lavanderia e la consegna dei pasti a domicilio per coloro che lo richiedessero. Alla rete degli appartamenti "protetti" saranno garantiti i normali servizi presenti a livello di distretto.
Sia gli anziani autosufficienti che quelli parzialmente autosufficienti possono naturalmente coabitare, formando delle comunità-alloggio di 5-6 persone, tramite sistemazione di appartamenti inseriti nel normale contesto abitativo. Questa soluzione può essere proposta ad esempio agli anziani dimessi o dimissibili dalle case di riposo, dagli ospedali generali e psichiatrici, quando il rientro in famiglia è impossibile, agli anziani che non amano la solitudine e a quelli che non possono restare nel proprio alloggio per le più svariate cause.
Il carattere "alternativo" e "anti-segregativo" di questa soluzione è dato dal fatto che vengono garantite l'autonomia individuale, l'approfondimento delle relazioni interpersonali ed il contatto con il mondo esterno. La comunità-alloggio va seguita dagli operatori e dai servizi del distretto socio-sanitario.

Casa protetta

La casa protetta è un servizio che ha lo scopo di dare una residenza e un'assistenza adeguata a persone anziane, in particolare a quelle che non sono in condizioni di autosufficienza fisica e psichica, e per le quali non sia possibile la permanenza nel proprio nucleo familiare e nel proprio alloggio. In ciò consiste la differenza sostanziale con le case di riposo comunemente intese che, nella maggior parte dei casi, oggi sono attrezzate per ospitare persone anziane autosufficienti, mentre molti anziani che non possono bastare a loro stessi sono costretti al ricovero ospedaliero, dal quale non possono ricavare alcun beneficio, con in più la tristezza di dover stare in un ambiente che non può che deprimerli.
L'istituzione di case protette dovrà essere realizzata prioritariamente attraverso la trasformazione delle case di riposo esistenti, oppure con il riadattamento di altre strutture esistenti nel territorio (cfr. cap. 2.2.).
In particolare nella fase di transizione, della trasformazione della casa di riposo in casa protetta, occorre provvedere al graduale reinserimento nel contesto abitativo originario delle persone anziane autosufficienti.
In queste strutture dovrà essere erogata un'assistenza infermieristica, tramite personale dell'USL tale da soddisfare anche le esigenze dei soggetti inabili oppure psichicamente decaduti o colpiti da forme morbose croniche stabilizzate, che necessitano di cure di mantenimento. A proposito di terapia, particolare ruolo deve assumere in tali strutture la terapia riabilitativa dato che una notevole percentuale di anziani può essere bisognosa di cure a lungo termine evitando così peggioramenti nelle loro invalidità. Essi comprendono i paraplegici, gli emiplegici cronici, i cardiopatici con scompensi cronici, le insufficienze respiratorie irreversibili, i portatori di esiti stabilizzati di fratture, gli amputati, i neoplastici, gli incontinenti, i dementi, ecc. Tutti quegli anziani cioè che, indipendentemente dall'età sono affetti da malattie o esiti irreversibili per cui possono essere considerati dei lungodegenti irrecuperabili.
In queste strutture l'apparato "attivativo" deve essere massimo con adeguato personale riabilitativo ed assistenziale; solo in tal modo potrà essere evitato il peggioramento delle invalidità. I lungodegenti irrecuperabili trovano la loro sistemazione nelle "case protette" che

non devono avere l'aspetto e le strutture di un ospedale, bensì quello di una casa, sia pure altamente protetta.
E' inopportuno predisporre servizi di degenza ospedaliera; si dovrà solo ricorrere a quei controlli che attraverso o il medico di base, o la eventuale consulenza di specialisti, vengono erogati a domicilio. Il cronico, lo stabilizzato, l'inabile, lo psichicamente decaduto, l'incontinente, ecc. ecc. devono trovare in queste strutture, integrate nel contesto sociale più vasto, la loro casa, anche se "protetta" in modo adeguato.
Quando si verifichino nuovi eventi morbosi o quando si presentino riacutizzazioni o peggioramenti improvvisi o quando vi sia necessità di controlli, egli dovrà essere affidato temporaneamente alle strutture ospedaliere, per un tempo sempre limitato.
I pazienti ormai cronici del tutto stabilizzati o coloro che comunque non possono trarre giovamento da un ricovero ospedaliero (dementi, incontinenti, cronici in terapia di mantenimento, motulesi stabilizzati) dovranno essere affidati alle zone protette non ospedaliere, delle quali si è fatto cenno prima, che dovranno essere strutturate e indirizzate alla prevalente (se non esclusiva) assistenza dei pazienti non autosufficienti, che non possono stare a domicilio.
Gli autosufficienti o coloro che comunque possono essere assistiti in casa, troveranno il loro appoggio nelle strutture dell'assistenza domiciliare e nelle provvidenze (day hospital, centri di quartiere, appartamenti, ecc.) dell'USL, in modo da poter rimanere il più a lungo possibile al proprio domicilio, inseriti nel proprio contesto sociale.
L'ospedale e il poliambulatorio, nell'ambito di una prevista riorganizzazione dei servizi assenti, potranno servire da punto di riferimento per l'assistenza e terapia anche per gli ammalati a domicilio, i quali potranno accedere ambulatorialmente alle terapie riabilitative e mediche di mantenimento, e potranno usufruire dei controlli clinici, laboratoristici, radiologici, cardiologici ambulatoriali.
La casa protettta non dovrebbe mai superare i 30-40 ospiti (cfr. cap. 2.2.).
Nella prima fase di ristrutturazione della casa di riposo in casa protetta, occorre prevedere controlli sanitari in grado di rilevare l'autosufficienza o meno degli ospiti, tali controlli verranno successivamente estesi ai soli non autosufficienti.
Per le esigenze sanitarie e riabilitative dei pazienti non autosufficienti occorre evitare di creare all'interno della casa protetta servizi sanitari stabili; a questo proposito ci si avvarra del personale operante nei vari servizi presenti all'esterno e comunque limitrofi. In pratica si potrà verificare il caso sia dell'invio del paziente presso il servizio esterno sia dell'invio del personale esterno presso la casa protetta.
Il principio fondamentale comunque, e questo differenzia ulteriormente l'attuale casa di riposo, e che gli ospiti dovranno avere una copertura sanitaria continua, con le modalità sopra indicate.
Va assicurata la partecipazione degli anziani ospiti alla gestione della casa protetta.

Caratteristiche tecniche

La casa protetta deve essere localizzata in centri urbani già costituiti o nelle aree urbane in sviluppo. Per ragioni di particolare assistenza sono ammesse anche stanze fino ad un massimo di 4 posti-letto. All'interno di ogni stanza occorre prevedere spazi per la privacy di ogni singolo ospite; in linea generale i servizi igienici debbono essere accessibili all'interno di ogni stanza da letto; quando questo non è possibile ogni stanza dovrà essere dotata di almeno un lavabo.
Si raccomanda nella progettazione e realizzazione dei servizi igienici di rispettare le norme sulla eliminazione delle barriere architettoniche. In particolare si dovrà dotare il bagno di corrimano di sostegno in tubo di acciaio all'altezza di cm. 80 dal pavimento in corrispondenza del water, della vasca da bagno (tipo poltrona), della doccia, del bidet; tali corrimani dovranno essere installati anche lungo i corridoi.
Si raccomanda inoltre di dotare il locale dei servizi igienici di un campanello di allarme.

Le sale di riunione e di sostegno debbono offrire locali accoglienti e intimi per piccoli gruppi in grado di favorire la conversazione e gli incontri, la lettura e i giochi, ecc. I tavoli dovranno avere una dimensione tale da accogliere al massimo 4-6 persone.
Le dimensioni delle porte di accesso alle camere da letto e sale di riunione, soggiorno e pranzo, debbono essere tali da poter far accedere facilmente le carrozzelle, comunque non dovranno mai avere una dimensione inferiore ai 90 cm.
Nell'arredamento della sala da pranzo occorre evitare la creazione di grosse tavolate provvedendo invece, sulla falsariga della sala riunione, alla disposizione di piccoli tavoli in grado di ospitare al massimo 4 persone.
Una parte rilevante dovrà assumere la scelta dei colori sia delle pareti che dei pavimenti, i quali dovranno tendere a rendere gli ambienti più luminosi e facilmente individuabili.
Particolare attenzione dovrà essere rivolta alla sistemazione di interruttori (evitando gli interruttori a tempo), prese di corrente, altezza dei gradini, delle finestre, ecc.

Ospedale diurno (Day-Hospital)

Il sovraffollamento delle strutture ospedaliere è in buona parte dovuto alla pressoché totale assenza di efficienti strutture intermedie che si collochino nell'ampio spazio esistente tra l'assistenza offerta dal medico di base e il ricovero ospedaliero.
Escludendo l'aumento dei posti-letto per i costi elevatissimi, anche perché il vero problema è quello di ridurre l'ospedalizzazione, limitando i ricoveri ai soli casi effettivamente necessari, occorre prevedere l'utilizzo dell'ospedale diurno che ha i vantaggi dell'ospedale, ma che contemporaneamente limita i costi e il ricorso non giustificato al ricovero.
Una struttura cioè che assolva ai bisogni del malato durante l'arco dell'intera giornata, con il ritorno del paziente alla propria abitazione durante le ore notturne.
L'assistenza data dal Day-Hospital, che si esercita solo in sede ospedaliera, e rivolta soprattutto:

a) ai pazienti per i quali l'ospedalizzazione diurna può validamente sostituire il ricovero;
b) ai pazienti dimessi bisognosi di riabilitazione;
c) ai pazienti il cui quadro clinico in fase di accertamento diagnostico richieda numerosi e complessi esami.

L'accesso dei pazienti avverrà tramite un meccanismo di "filtro" collocato a livello di altre strutture o servizi già esistenti, quali il medico di base, il poliambulatorio e gli stessi reparti di degenza delle strutture ospedaliere.
Per quanto riguarda il personale occorrera personale paramedico appositamente addetto, mentre il personale medico sarà quello già operante presso lo stabilimento ospedaliero.
Ove l'anziano ammalato necessiti di ospedalizzazione, sara opportuno avviarlo nelle varie divisioni ricomprese nell'ospedale generale, a seconda delle sue esigenze.
Quanto detto sopra implica evidentemente il rifiuto dell'ospedale monospecialistico, sia perché la situazione dei servizi ospedalieri per particolari gruppi di popolazione impedisce per lo più di fruire dell'apporto delle altre discipline scientifiche, sia perché non si avverte dal punto di vista medico l'esigenza di una specifica presa in considerazione dell'individuo in relazione all'età anagrafica (tranne che per i bambini).

SISTEMA INFORMATIVO

In ciascuna USL si devono raggiungere nel triennio i seguenti obiettivi:

1) diminuzione della spedalizzazione degli anziani;
2) mantenimento dell'anziano nel proprio contesto abitativo, tutela e promozione della salute psico-fisica;

3) attivazione dei servizi aperti sul territorio.

In concreto si tratta di procedere in due direzioni, in ogni ambito socio-sanitario:

- conoscere i bisogni degli anziani, perché questi variano a seconda delle zone e perché gli interventi siano adeguati alle esigenze;
- valutare il raggiungimento degli obiettivi attraverso indicatori mirati a rilevare se e in che grado la qualità e la quantità degli interventi siano rispondenti alle finalità

Gli indicatori debbono riguardare:

- diminuzione della spedalizzazione e del ricovero in case di riposo (in particolare degli anziani autosufficienti);
- miglioramento delle condizioni economiche;
- miglioramento delle condizioni abitative;
- stato della integrazione sociale;
- miglioramento delle condizioni di salute;
- stato di realizzazione degli interventi socio-sanitari, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare.

Punto cardine per la corretta conoscenza della situazione sanitaria, socio-economica ed abitativa degli anziani e il distretto, che si configura come il primo momento di raccolta di informazioni disaggregate, che possono derivare dai singoli (indagini dirette, ecc.), dalla partecipazione (assemblee di anziani, comitati di partecipazione, ecc.) e dagli operatori.

I mezzi per raccogliere le informazioni sono, a livello di base, i registri, le cartelle e le schede individuali; ai livelli superiori, di USL e di Regione, le informazioni vengono elaborate per poi tornare a livello di distretto.

Comunque nel settore degli anziani si usano le stesse strutture previste per il sistema socio-sanitario informativo per tutta la popolazione.

Si tratterà in particolare di raggruppare tutte le informazioni ricavate dagli stessi operatori, sia sociali che sanitari, impegnati nei singoli servizi in maniera tale che i diretti partecipi dell'attività percepiscano immediatamente i vari elementi conoscitivi, mettendo in evidenza le carenze analizzate e proponendo successivamente interventi modificativi.

Inoltre si dovranno utilizzare, per ogni singola USL, strumenti statistici e di rilevazione in maniera tale da disaggregare il più possibile quelle informazioni che, a livello regionale, danno delle tendenze generalizzate. In particolare per il rilevamento delle caratteristiche dei ricoverati presso gli ospedali occorre utilizzare proficuamente in modello A/OSP elaborato dalla Regione, il quale permette di estrapolare le classi di età dei ricoverati, la professione, la residenza, ecc.

Le effettive condizioni degli anziani, le esigenze avanzate dagli stessi possono essere rilevate anche attraverso questionari formulati ad "hoc", stante il fatto che nell'ambito della stessa USL si possono evidenziare bisogni diversi.

L'attivazione delle indicazioni sopra indicate richiede naturalmente tempi superiori ad un triennio, ma già fin da ora si può pensare di realizzare sperimentalmente tali strumenti informativi.

INTERVENTI SOCIALI E CULTURALI

Nel quadro di un progetto che privilegia la prevenzione e la riabilitazione dell'anziano, particolare importanza assumono i servizi collaterali in sostegno alle attività essenziali sopra citate.

Tali servizi possono avere un'influenza notevole sullo stato di salute degli anziani e parimenti evitare il processo di emarginazione e di distacco dall'ambiente sociale.

A) Soggiorni-vacanze

Soggiorni climatici in luoghi termali, vacanze al mare, in montagna, aperte a tutti gli anziani in determinate situazioni di salute e di reddito economico, (pensioni fino a...) gratuite o con contributo economico dell'utente rapportato al reddito stipulando convenzioni con alberghi, case private o altre strutture.

L'utilizzo di tale tipo di servizio non è necessariamente riservato esclusivamente agli anziani ma e aperto ad handicappati, invalidi, bambini in genere ecc., in quanto deve tendere a favorire, oltre che lo stato di salute anche l'aspetto relazionale fra i vari individui e i vari gruppi.

Il personale di assistenza va individuato nell'équipe di base con l'utilizzazione di animatori ed eventualmente di volontari.

B) Trasporti gratuiti

Utilizzo gratuito dei mezzi pubblici nell'ambito del territorio dell'USL con convenzioni anche con ditte private, da parte di anziani in disagiate condizioni economiche.

C) Interventi culturali

Possibilità di accesso gratuito o con riduzione in teatri e sale cinematografiche convenzionate.

Promozione e adeguato sostegno economico, di attività ricreative, d'incontri aperti, conferenze, dibattiti, viaggi collettivi, escursioni, ecc. emergenti dalle proposte dell'attività di quartiere, prevedendo la figura dell'animatore culturale.

D) Reintegrazione sociale

Parlare di reintegrazione sociale dell'anziano significa prima di tutto tutelare i suoi diritti come cittadino, salvaguardandolo dalla emarginazione che si attua nei suoi confronti nei modi più svariati.

Pertanto e necessaria un'opera di prevenzione che deve prefiggersi prima di tutto i seguenti obiettivi:

— recupero e integrazione dell'anziano nella società;
— mantenimento e reinserimento nel proprio contesto sociale, premessa di benessere psico-fisico;
— superamento della perdita di ruolo oltre che per meccanismi di espulsione dal ciclo produttivo anche per processi di autoemarginazione.

Tutto quanto sopra detto ha come obiettivo di fondo la preparazione dell'adulto alla nuova fase della vita che comincia con la cessazione dell'attività lavorativa, quindi produttiva e che degenera il più delle volte nella c.d. "crisi del pensionamento".

La prevenzione nei confronti degli inconvenienti della vecchiaia è basata su interventi che:

— agiscono sulle condizioni ambientali e di lavoro permettendo di raggiungere la terza età meno "vecchi" possibile;
— preparano l'adulto ad essere "vecchio" e quindi la società a riceverlo.

Per evitare l'emarginazione dell'anziano vanno soddisfatti i suoi bisogni, anche se complessi, quali:

— autosufficienza economica e sociale;
— conservazione di un ruolo attivo;
— parità di trattamento nelle prestazioni dei servizi sanitari e sociali rifiutando un'impostazione prettamente assistenziale e sanitaria.

Proposte: interventi programmati nell'ambito di ogni USL all'uso del tempo libero e alla ricerca di interessi alternativi al lavoro con attività di promozione organizzata o fatta a livello di distretto con il personale della équipe di base, animatori, comitati di anziani, ecc.

Organizzazione del tempo libero con possibilità di usufruire di strutture accessibili e momenti di aggregazione che coinvolgano il più possibile la popolazione anziana.
Attività lavorative a tempo parziale, da svolgere con i giovani e gli adulti che graduino lo stacco dal lavoro.
Recupero a funzioni socialmente utili per:
— assistenza all'infanzia;
— conservazione dei beni culturali;
— presenza nelle scuole come continuità di esperienze acquisite (lotta partigiana, competenze lavorative, ecc.);
— attività produttive su basi cooperativistiche (tutela ambiente, ecc.); attività artigiana, agricola, culturale, ecc.

ANZIANI RICOVERATI NELLE STRUTTURE PSICHIATRICHE

Nell'ambito degli interventi per gli anziani proposti dal presente "progetto obiettivo" vanno compresi anche quelli impropriamente ricoverati nelle strutture psichiatriche che al disagio derivante dall'età e dalla conseguente patologia tipica aggiungono il grave danno della istituzionalizzazione psichiatrica, che aggrava e accelera i processi di decadimento della personalità.
Esigenze di prevenzione terziaria, necessità terapeutiche specifiche della terza età, obblighi della legge n. 180 che prevede il superamento e la eliminazione delle strutture psichiatriche e il principio fondamentale di affrontare globalmente i problemi della salute psichica senza ricostruire sul territorio momenti di separatezza, tutto quanto sopra ribadisce la necessità della dimissione di queste persone e la elaborazione di risposte dei loro bisogni nel quadro generale delle necessità degli anziani.
Si fa presente che tra i ricoverati anziani negli ospedali psichiatrici solo una piccola percentuale ha bisogni assistenziali psichiatrici, e non necessariamente trattabili in condizioni di degenza ospedaliera.
La popolazione anziana nelle strutture psichiatriche risulta di solito intorno al 40 per cento e la stragrande maggioranza di essa presenta disturbi sostanzialmente non diversi da quelli riscontrabili nella popolazione anziana in genere.
Questi anziani vanno assistiti come tutti gli anziani, laddove emergessero bisogni psichiatrici, a vari livelli dell'USL, con attività di gruppo polispecialistico, utilizzando le soluzioni assistenziali alternative necessarie caso per caso (assistenza domiciliare, assistenza abitativa, ecc.).

1.1.3. Tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro

Finalità di un progetto obiettivo per la tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro — che deve rispondere alla domanda che deriva dalla patogenicità (quella nota e quella sommersa) dell'ambiente, delle condizioni, dell'organizzazione del lavoro — è l'attuazione all'interno del territorio regionale, in modo diffuso e continuativo, degli indirizzi fissati dall'art. 20 della legge 833/1978 mettendo in atto gli strumenti organizzativi (servizi e presidi) previsti dagli artt. 20, 21 e 22 della stessa legge e gli interventi operativi atti a praticare gli indirizzi di piano.
Il piano sanitario regionale nel suo complesso e di conseguenza il progetto obiettivo per la tutela della salute in ambiente di lavoro, devono definire tempi e modalità di attuazione degli indirizzi generali: pertanto il progetto obiettivo non può essere ripetitivo di dichiarazioni di principio già acquisite con la legge 833/1978 ma deve al contrario specificare in concreto come si realizzano quei principi generali nel contesto della realtà regionale.
E' evidente peraltro che qualsiasi azione non può essere intrapresa senza che ne siano stati

creati i presupposti sotto forma di risorse strutturali umane ed organizzative.
La filosofia del progetto-obiettivo e quella di individuare contenuti e campi di intervento privilegiati, per i quali definire subito la metodologia e gli strumenti organizzativi ed operativi con finanziamenti finalizzati e vincolati, senza per altro mettere in piedi, in nome del primato dell'obiettivo specifico, servizi e attività settoriali e separate.
All'interno dei progetti obiettivo, questo per la tutela della salute dei lavoratori si caratterizza per la sua marcata "politicità" che deriva dall'incidenza dei fattori (e su fattori) attinenti all'organizzazione complessiva della società, dall'aggregazione dell'utenza che puo e deve esprimere forti momenti di partecipazione, dalla specificità e pluralità di interlocutori sociali, dalla pluridisciplinarietà degli interventi.

Compiti

Compiti degli interventi per la tutela della salute dei lavoratori sono:

- rilevazione qualitativa e quantitativa dei fattori di rischio presenti negli ambienti di lavoro e legati all'attività lavorativa, siano essi di natura fisica, chimica, biologica, sociale (da organizzazione del lavoro);
- formulazione di mappe di rischio anche per comparti lavorativi omogenei;
- controllo-monitoraggio dei fattori di rischio;
- ricerca e indicazioni per la riduzione e l'abbattimento dei fattori di rischio;
- ricerca e indicazioni per la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio;
- consulenza preventiva in materia impiantistica per la verifica delle compatibilità con la tutela dell'ambiente di lavoro e dell'ambiente di vita, di progetti di insediamenti produttivi o di loro ristrutturazioni;
- accertamenti sanitari di prevenzione secondaria dei lavoratori:
  - a) per l'individuazione e il controllo dei danni da lavoro;
  - b) per l'applicazione della legislazione vigente in merito alle visite mediche preventive e periodiche obbligatorie;
  - c) per indagini epidemiologiche;
- informazioni sui rischi e danni da lavoro ed educazione sanitaria dei lavoratori;
- attività ispettive.

Metodologia del lavoro

Gli interventi per la tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro si articoleranno secondo una scelta primaria cui si e da tempo dato il nome di "modello operaio" e che successivamente e stata prevista dalla legge 833/1978 e dai contratti ed accordi collettivi applicati nella unità produttiva. Ogni intervento dei servizi di indagine e controllo dell'ambiente (settore di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro del servizio di igiene e sanità pubblica e laboratori multizonali di sanità pubblica) si effettua con la diretta partecipazione dei lavoratori, dei loro organismi rappresentativi e con la partecipazione dei datori di lavoro; a tal fine l'indagine ambientale nell'azienda e gli accertamenti sanitari sui lavoratori sono di norma preceduti da una fase preparatoria di incontri informativi che costituiscono parte integrante dell'intervento preventivo al fine di stabilire i programmi e gli obiettivi degli interventi, nonché le priorità e le forme di effettuazione degli stessi nei luoghi di lavoro.
L'intervento e fondato sulla valorizzazione delle esperienze e delle conoscenze acquisite dai gruppi omogenei di lavoratori, sui diversi fattori di rischio e di nocività presenti negli ambienti di lavoro ed e finalizzato a promuovere la partecipazione dei lavoratori stessi ad un sistema informativo permanente sui rischi e sui danni da lavoro. Viene pertanto svolta la più ampia socializzazione delle informazioni ai fini della prevenzione e del risanamento ambientale e della consultazione e verifica dei lavoratori interessati.
Il servizio preposto (servizio di igiene e sanità pubblica, settore di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro), nello svolgimento della propria attività, si avvale di appositi strumenti di acquisizione di notizie sulle condizioni igienico-ambientali e sullo stato di salute dei lavoratori.

Tali strumenti sono costituiti principalmente da:

1) libretto personale di rischio;
2) registro dei dati ambientali e biostatistici;
3) schede riepilogative e di programma operativo;
4) questionario di gruppo.

Il servizio è tenuto alla compilazione, per tutti i lavoratori coinvolti negli interventi, del libretto personale di rischio, redatto secondo un modello uniforme, di cui un esemplare è consegnato al lavoratore interessato e l'altro è conservato ed aggiornato dal servizio.

A cura del servizio informativo sanitario e dell'osservatorio epidemiologico con la collaborazione dei servizi attualmente esistenti vengono predisposti — oltre agli strumenti di cui sopra — anche:

a) il registro dei dati ambientali (o registro mirato di rischio);
b) il registro mirato di danno;
c) la scheda analitica di infortunio;
d) il registro degli infortuni;
e) il registro delle malattie e intossicazioni professionali o comunque attribuibili a causa lavorativa.

Campo di intervento

I servizi e gli interventi per la tutela della salute dei lavoratori si rivolgono a tutte le attività lavorative presenti nel territorio della USL: coinvolgono quindi i lavoratori dell'industria (grande, media, piccola), dell'artigianato, dell'agricoltura, del lavoro a domicilio, dell'attività del settore terziario.

Organizzazione della tutela della salute dei lavoratori

Ciascuna USL è dotata a livello zonale di un settore per la tutela della salute dei lavoratori, come parte integrante del servizio complessivo di igiene e sanità pubblica (cfr. parte III, par. 3.1.2.).

Tale servizio ha capacità di intervento — per professionalità, strumentazione, tecnologia — rapportata alla realtá quanti-qualitativa (per quanto concerne il rischio professionale) degli insediamenti industriali e delle attività produttive in genere che insistono nel territorio dell'USL.

Il servizio è punto riferimento per il medico di base e per i servizi di distretto (e per i servizi sanitari autonomamente gestiti dalle aziende) ha come riferimento il presidio multizonale di prevenzione, del quale richiede collaborazione e al quale commette indagini e ricerche quando necessitano professionalità e tecnologia sofisticate e non economicamente reperibili all'interno dell'USL.

Il *distretto* con i suoi operatori (medici, ispettori di igiene, personale infermieristico e sociale) dovrà farsi carico di:

— effettuare le visite mediche preventive e periodiche previste dalla legislazione vigente orientate dai dati sui fattori di rischio, in funzione di indagini epidemiologiche mirate;
— compilare libretti sanitari individuali;
— collaborare alla raccolta di dati per il sistema informativo e alla gestione delle informazioni;
— collaborare all'attuazione del "modello operaio" di intervento;
— raccogliere campioni biologici;
— promuovere l'educazione sanitaria dei lavoratori e dei tecnici che concorrono al processo produttivo;
— eseguire controlli ambientali di semplice strumentazione;
— raccogliere campioni per il controllo dell'ambiente.

I *presidi integrativi dell'assistenza di base* forniscono al distretto il supporto specialistico e strumentale per la definizione diagnostica e l'orientamento terapeutico, così nei poliambulatori come in ospedale.

A livello ospedaliero la medicina del lavoro non costituisce specialità: un'unica struttura regionale con un numero limitato e qualificato di posti letto è prevista nell'USL n. 12 con funzioni di indirizzo, didattica e ricerca.
La sollecitazione talora emersa di una rete diffusa di reparti ospedalieri di medicina del lavoro è una risposta emotiva a bisogni reali, che propone di fatto l'accentuata medicalizzazione del problema della protezione della salute dei lavoratori. L'ospedale deve assicurare (per strumentazione e personale) ai presidi di base la possibilità di adire ad un livello qualificato di approfondimento, così da evitare la dispersione nel territorio di presidi, personale, strumentazione che vanno per contro centralizzati. L'ospedale avrà stretto coordinamento con il servizio di tutela della salute dei lavoratori per quella casistica e quella patologia di cui l'ambiente e le condizioni di lavoro siano fattore patogeno primario o concausale.
Il *settore di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro dell'USL* svolge le seguenti funzioni (cfr. anche par. 3.1.2.):
- orientamento per le attività specialistiche svolte dal personale e dai servizi di distretto e dai presidi integrativi dell'assistenza di base;
- coordinamento e controllo dell'attività dei medici di base (e dei medici dei servizi di azienda) per gli accertamenti periodici;
- informazione ai servizi di base sui fattori di rischio;
- consulenza e allestimento di protocolli, per il medico di base (e per i medici di azienda);
- aggiornamento del personale sanitario, sociale, tecnico dei distretti (e dei servizi di azienda);
- gestione del modello di intervento, di cui all'art. 20 della legge 833/1978;
- raccolta ed elaborazione dei questionari di gruppo;
- esecuzione di controlli ambientali;
- collegamento e committenza ai presidi multizonali di indagini e ricerche;
- compilazione di relazioni sulle condizioni ambientali e sulla salute dei lavoratori e delle mappe di rischio;
- informazioni sulle condizioni ambientali e sulla salute dei lavoratori alla committenza organizzata, ai presidi e ai medici di base e dei servizi di azienda, alla direzione tecnica e politica dell'USL, alle organizzazioni dei lavoratori di territorio e di categoria;
- indicazione delle misure idonee alla eliminazione dei fattori di rischio;
- collaborazione per i programmi di educazione sanitaria e per il funzionamento del sistema informativo ed epidemiologico;
- predisposizione in stretto collegamento con le indicazioni tecnico-politiche dell'USL e con l'emergenza della domanda sindacale, dei lavoratori e dei datori di lavoro, di programmi di intervento mirati e di indagini epidemiologiche mirate.

Nei singoli *luoghi di lavoro* dovranno essere disponibili:
- le indagini ambientali di reparto e/o di gruppo omogeneo;
- le relazioni di igiene industriale;
- la mappa dei rischi;
- l'elenco dei lavoratori esposti al rischio;
- l'elenco delle indagini periodiche sui fattori rischio;
- il registro dei dati biostatistici.

Nell'ambito delle attività del sistema informativo sanitario e dell'osservatorio epidemiologico dovranno essere messi a punto modelli unici, da utilizzare da parte di tutte le UU.SS.LL. rispettivamente per:
- dati biostatistici individuali;
- questionari individuali;
- dati biostatistici di gruppo;
- libretti sanitari individuali;
- tabella della rilevazione ambientale;
- mappa dei rischi;
- elenco degli esposti a rischi.

Nello svolgimento di tale lavoro di messa a punto da svolgere con la massima collaborazione da parte degli operatori dei vari servizi specifici preesistenti e con la consulenza di quelli dei laboratori multizonali si terrà presente che tali strumenti informativi devono rispondere a diversi criteri:

— scientificità;
— socializzazione delle informazioni;
— utilizzabilità per funzioni di osservazione epidemiologica relative allo stato delle condizioni ambientali e della salute dei lavoratori, per settore produttivo, per fattore di rischio.

In particolare, ad esempio, la tabella delle rivelazioni ambientali deve riportare giorno, ora, punto di prelievo o misurazione, stato del processo di produzione al momento del prelievo o misurazione, numero di lavoratori coinvolti nella specifica situazione ambientale, risultati qualificativi e quantitativi, i MAC, lo stato di benessere dei lavoratori; il giudizio complessivo sulla nocività e sulle condizioni dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro; la proposta di accertamenti sanitari sui lavoratori; i livelli di esposizione consentiti nelle specifiche situazioni produttive; un orientamento delle modalità di eliminazione o riduzione dei fattori di rischio.

Programma per il triennio

L'avvio e la realizzazione del progetto obiettivo "Tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro" vanno articolati nel triennio secondo tempi e soluzioni organizzative coerenti con la strategia complessiva del progetto obiettivo stesso.

Obiettivo prioritario è quello della creazione praticamente dal nulla di quegli strumenti cui competerà via via la realizzazione di puntuali interventi operativi. L'esistenza di organici e strutture adeguate è con ogni evidenza la condizione indispensabile per l'intervento.

A questo proposito, evidentemente, il progetto obiettivo non può che rimandare ed identificarsi con gli obiettivi enunciati nella parte II par. 3.1. e par. 4.1. concernenti la *creazione ovvero il potenziamento dei servizi di igiene e sanità pubblica della USL* (ed in particolare del settore specifico igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro) e dei *laboratori multizonali di sanità pubblica.*

Obiettivi operativi da perseguire appena attivato un nucleo funzionale sufficiente sono:

1) avviamento da parte del servizio di USL del coordinamento e del controllo degli interventi medici sui lavoratori effettuati dai medici di base e dai medici di altri enti pubblici e privati;
2) censimento da parte dell'USL delle attività industriali, definizione delle mappe grezze di rischio, avviamento del censimento e individuazione dei lavoratori esposti;
3) individuazione all'interno della USL dei dati statistici sanitari (morbosità, mortalità) per settore produttivo, rilevati dalle fonti disponibili presso gli ex-centri mutualistici l'I.N.A.I.L., gli ospedali, i servizi aziendali, gli enti di patronato, l'E.N.P.I., gli uffici anagrafici dei comuni, ecc.;
4) definizione del programma di intervento all'interno della USL per gli anni successivi, sulla base di priorità individuate da censimenti e indagini precedentemente indicati, da indicazioni programmatorie regionali, da richieste delle organizzazioni sindacali di azienda, territoriali, di categoria, nonché delle associazioni dei datori di lavoro.

Per quanto attiene ai compiti della regione, dovrà darsi luogo alle seguenti iniziative:

1) definizione degli strumenti informativi relativi alle indagini sull'ambiente e sugli individui;
2) avvio alla preparazione di protocolli relativi ai danni da lavoro a supporto dell'attività di medicina preventiva sui lavoratori esposti;
3) definizione di modelli di comportamento per i servizi sanitari di azienda, relativi alle modalità di servizio, agli strumenti informativi, ai rapporti con i servizi deputati alla tutela della salute dei lavoratori della USL e alla socializzazione dei dati;

4) avvio di un programma di aggiornamento per i medici di base e per il personale di distretto, per altro personale sanitario e tecnico, laureato e non, dei servizi di USL e dei presidi multizonali;
5) promozione di una indagine conoscitiva dei dati già disponibili presso diverse fonti informative, allo scopo di elaborare un primo studio della qualità e diffusione dei fattori di rischio in ambiente di lavoro e di vita, allo scopo di favorire i servizi di USL nello svolgimento dei compiti di cui ai punti 1), 4) del paragrafo precedente.

Le unità sanitarie locali e la regione avranno poi il compito di portare avanti il programma di intervento così da prevedere, per l'inizio del successivo triennio di piano sanitario regionale, l'applicazione in tutto il territorio del progetto-obiettivo per la tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro. In particolare:

1) dovrá essere completata la mappa dei rischi, con l'elencazione altresì di tutti i lavoratori esposti a rischio;
2) si estenderà l'indagine conoscitiva (censimento delle attività, mappe grezze di rischio, mappe di rischio, lavoratori esposti) all'agricoltura, all'artigianato, al lavoro a domicilio, al settore terziario;
3) si doteranno le singole UU.SS.LL. ed i presidi multizonali, di personale e strumentazione in maniera coerente con i problemi specifici dei rispettivi bacini di utenza;
4) si procederá alla standardizzazione dei programmi e delle metodologie di indagine;
5) si procederà alla compilazione diffusa degli strumenti informativi ed alla elaborazione dei dati epidemiologici;
6) si estenderà la pratica dei controlli sanitari dei lavoratori da parte dei medici di base, in parallelo con la diffusione della rete distrettuale;
7) si incentiverà la formazione di medici del lavoro, igienisti, tecnici dell'ambiente e di altro personale (biologi, chimici, fisici, ingegneri, periti tecnici, ecc.) la cui professionalità è essenziale per operare a regime per la tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro.

1.1.4. Lotta alle tossicodipendenze

1. *Premessa*

In aggiunta a tre progetti obiettivo sulla tutela della maternità e infanzia, degli anziani e dei lavoratori in ambiente di lavoro, la Regione Marche inserisce un quarto progetto-obiettivo destinato alla prevenzione, all'assistenza, alla socio-riabilitazione dei tossicodipendenti per uso di droga nonché al contenimento del fenomeno ormai consolidato dell'alcolismo e del tabagismo.

In particolare, per quanto riguarda la problematica delle tossicodipendenze, essa viene affrontata dalla legge 685/1975, che, pure innovativa rispetto alla normativa precedente, ha dimostrato in questi anni aspetti negativi e lacunosi.

La necessità di una revisione della legge da parte del Parlamento va non solo auspicata, ma sollecitata, al fine di meglio intervenire in un problema così preoccupante come quello dell'uso della droga nel nostro Paese.

A livello regionale si è data applicazione alla legge 685 andando alla costituzione dei CMAS e del comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze.

L'esperienza portata avanti in questi anni ha messo in evidenza come interventi settoriali, prettamente sanitari e sganciati da un'azione più complessiva nei confronti della domanda ed offerta di sostanze stupefacenti non incidono efficacemente sul problema.

Il progetto-obiettivo e la legge reg. 6.8.1982, n. 30 vogliono essere strumenti utili per sviluppare un'azione mirata, da parte di più livelli istituzionali (USL, comuni, scuola, associazioni culturali, ecc.), fornendo risorse finanziarie e indirizzi organizzativi.

Mentre è ovvio che la necessaria revisione della l. 685 deve essere operata dal Parlamento e quindi inserita in un nuovo quadro legislativo, non sembra frattanto eludibile il diritto-dovere della Regione Marche di dedicare fin d'ora una parte significativa del piano socio-sanitario al complesso degli interventi occorrenti per una eventuale e globale tutela degli stati di tossicodipendenza. A tal fine si è evidentemente tenuto conto dell'ampio e significativo lavoro svolto dalla regione e dagli enti locali negli anni trascorsi e della preziosa esperienza maturata dai responsabili e dagli operatori dei servizi che si sono sviluppati in un clima di collaborazione ed integrazione fra il settore sanitario e quello sociale fra la presenza pubblica e le iniziative di volontariato.

Secondo l'art. 90 della legge 685/1975, infatti, anche nella Regione Marche sono stati creati il comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze ed un discreto numero di centri medici e di assistenza sociale che sono stati istituiti "fino all'attuazione del servizio sanitario nazionale".

2. *Situazione attuale*

Non esistono dati certi che diano la misura del fenomeno delle tossicodipendenze nelle Marche, si può però dire che, in questi ultimi anni, esso ha avuto una forte espansione, allargandosi a fasce sempre più giovani di età e in zone interne e piccoli centri della regione.

A livello regionale sono stati raccolti diversi dati desunti dalle schede di segnalazione che i sanitari che visitano o assistono soggetti tossicodipendenti, o semplicemente assuntori, devono compilare e trasmettere al CMAS ed alla Regione. Gli elementi in possesso ci confermano come il fenomeno sia rilevante; infatti applicando i criteri adottati nel "*Rapporto droga - Italia 1977/79*" del C.N.R. e partendo dai tossicodipendenti rilevati dalle istituzioni nell'anno 1980 (nell'anno '81 le segnalazioni sono state scarse e perciò assolutamente inattendibili) si hanno queste stime: n. 1.000 tossicodipendenti veri, circa 2.500 tossicodipendenti potenziali e circa 3.500/4.000 assuntori di oppiacei.

Di questi soggetti il 18 per cento circa proviene da altre regioni o dall'estero (nel 1980 i tossicodipendenti provenienti da altre regioni rappresentavano il 22 per cento); si tenga tuttavia presente che per una conoscenza della provenienza dei soggetti segnalati non si può disporre di dati significativi poiché l'anonimato, garantito dalla legge, consente di rilevare solo la provincia di residenza ma non il comune; ciononostante, per ciò che concerne la nostra regione, si può affermare con sufficiente certezza, che le zone più interessate sono quelle caratterizzate dai grossi e medi agglomerati urbani e quelle della fascia costiera, anche se non vanno assolutamente trascurate, specialmente per gli aspetti preventivi, le altre zone dell'interno. Si deve in ogni caso rilevare un continuo abbassamento dell'età dei giovani tossicodipendenti, un crescente interessamento delle donne ed anche degli stessi operai all'interno delle fabbriche.

L'età dei soggetti segnalati è compresa tra i 15 e i 34 anni e di essi l'8,86 per cento ha un'età compresa tra i 15 e i 19 anni (6,2 per cento nel '79) ed il 69 per cento tra i 19 e i 24 anni.

L'età di inizio della tossicodipendenza precede di 3-4 anni l'età dei soggetti segnalati (il 15 per cento inizia ad un'età compresa tra i 12 e i 15 anni).

Altri dati evidenziano che il tossicodipendente è per lo più slegato da vincoli matrimoniali (89,29 per cento), con una scolarità media inferiore (54,4 per cento), per lo più in condizione non professionale (20,71 per cento), disoccupato (38,99 per cento). Non mancano però anche gli occupati stabilmente (25 per cento).

A questa espansione non ha fatto riscontro un adeguamento dei provvedimenti atti a contenere il fenomeno ed a garantire un'assistenza ai tossicodipendenti rispondente alle effettive esigenze.

Come si è già detto troppo spesso l'attivazione dei C.M.A.S. si è rivelata insufficiente: essi sono diventati dei veri e propri servizi "tutto fare" di fronte invece alla necessità di avviare una pluralità di servizi, di iniziative, soprattutto in direzione delle giovani generazioni.

La inadeguatezza degli interventi è stata aggravata anche dalla scarsità di risorse finanziarie, per le quali si è tentato di sopperire con la legge 6.8.1982, n. 30, ma anche per le condizioni di precariato in cui lavorano la maggior parte degli operatori delle équipes che seguono i tossicodipendenti.

3. *Obiettivi*

Gli obiettivi da raggiungere nel triennio con la realizzazione del presente programma sono:

- riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze che inducono dipendenza e diminuzione dell'incidenza di nuovi casi di tossicodipendenza;
- difesa dello stato psico-fisico dei tossicodipendenti;
- riduzione della morbosità e della mortalità per abusi di droghe e complicazioni connesse allo stato di tossicodipendenza, comprese le situazioni di emarginazione sociale e di criminalizzazione;
- aumento delle situazioni di superamento degli stati di tossicodipendenza.

Per il raggiungimento di tali obiettivi si individuano le seguenti modalità operative:

- interventi riabilitativi con promozione di iniziative lavorative cooperativistiche anche per tossicodipendenti e forme di incentivazione a favore dei datori di lavoro, limitatamente alla fase iniziale;
- svolgimento di un programma di prevenzione causale o primaria, individuando ed agendo sui fattori di rischio (socio-economici, socio-politici, chimici o biologici), programma da attuarsi nell'ambito più generale dell'educazione sanitaria e dell'informazione centrata sul corretto uso dei farmaci, degli alimenti e dell'ambiente;
- raccolta dei dati per una corretta conoscenza del fenomeno rispetto alle dimensioni ed alle aree della regione maggiormente interessate;
- incremento delle iniziative assistenziali a favore degli alcolisti.

4. *Considerazioni generali*

A) La *prevenzione* delle tossicodipendenze non può prescindere dalla concezione più vasta di educazione sanitaria quale educazione alla salute e cioè al mantenimento del benessere psico-fisico e sociale; essa deve tendere ad instaurare comportamenti, abitudini, atteggiamenti e sistemi di vita orientati alla tutela della propria ed altrui salute quale diritto dovere del cittadino.

Inoltre, la prevenzione delle tossicodipendenze non può prescindere da un'azione complessiva nei confronti dell'offerta e della domanda di sostanze stupefacenti.

Per quanto riguarda l'offerta significa intervenire in termini più incisivi sullo spaccio di droga, tenendo conto anche di come si è andato modificando il traffico in questi anni. L'Italia da paese di passaggio è divenuta vera e propria produttrice di eroina.

E' indispensabile quindi, attraverso un'azione molto più ampia da svolgere a livello nazionale ed internazionale, colpire il grande traffico di droga, ma anche intervenire localmente attraverso l'azione delle forze dell'ordine e della magistratura evitando di limitare tutto ad un'azione contro il tossicodipendente che ha in tasca la propria dose. Per quanto riguarda la domanda bisogna intervenire sui giovani, accentuando l'azione di informazione, dando risposte diverse a questa domanda che all'inizio non è di droga.

Una campagna di prevenzione-informazione incentrata esclusivamente sulle tossicodipendenze è estremamente pericolosa perché si corre il rischio di sottolineature di quegli aspetti del fenomeno che finiscono per conferire alla assunzione della droga un alone di avventura ed una positività trasgressiva. Sono altresì da escludere atteggiamenti moralistici e paternalistici perché possono provocare nei giovani reazioni contrarie.

Specifiche attività di informazione, ove richieste, debbono essere assicurate e sviluppate salvaguardando comunque la correttezza o scientificità della procedura.

Inoltre c'è da tenere presente che i giovani oggi hanno numerosi canali per venire a conoscenza del problema. E' necessario perciò riuscire a parlare con essi, in termini globali, di un problema che li vede tristemente protagonisti.

Attività di informazione debbono essere sviluppate anche in direzione degli adulti, in particolare genitori, insegnanti, operatori scolastici in genere.

Rivestono particolare importanza la ricerca e le iniziative di enti locali e di altri organismi al fine di assicurare condizioni migliori di vita e di lavoro alle giovani generazioni.

E' necessario altresì sviluppare un'azione culturale per una nuova qualità della vita

(diverso modo di porsi della scuola, del lavoro, dei rapporti familiari, delle condizioni di vita e di svago dei giovani).

B) *Interventi preventivi.*

1) Avviare in tutti i comuni e in tutte le USL secondo le rispettive competenze, attività di educazione al mantenimento della salute su argomenti specifici:
   - studio ed individuazione di fattori e situazioni di rischio e analisi della situazione socio-ambientale nelle singole USL, con particolare riferimento alla condizione giovanile;
   - azione integrata tra le varie strutture: scuola, servizi socio-sanitari, organizzazioni giovanili, associazioni, enti culturali, ecc., per interventi in senso preventivo, finalizzati a garantire l'acquisizione e il mantenimento dell'autodeterminazione e dell'autorealizzazione della persona, garantendo l'equilibrio della sfera cognitiva, affettivo-relazionale e psico-motoria;
   - predisposizione di strumenti atti a stimolare e favorire la partecipazione dei giovani alla elaborazione dei programmi a livello locale, con particolare riferimento alle proposte di rinnovamento dell'organizzazione scolastica, alla strutturazione di momenti di aggregazione, alla creazione di soluzioni lavorative, nell'intento di ridurre situazioni di emarginazione e di marginalità giovanile;
2) promuovere collegamenti con le forze di polizia per una puntuale repressione nei confronti dello spaccio per ridurre la disponibilità delle sostanze sul mercato; in tale ambito potranno concordarsi forme di collaborazione tendenti a conoscere la qualità delle sostanze presenti sul "mercato";
3) stabilire contatti con i comitati costituiti presso i provveditorati agli studi (legge 685/1975) e curare che gli interventi di informazione-prevenzione nell'ambito della scuola avvengano nel rispetto dei criteri di opportunità e correttezza.

C) *Interventi curativi.*

Gli interventi tesi alla cura del tossicodipendente devono essere finalizzati sia al superamento della dipendenza dal "buco" sia al complessivo miglioramento psicofisico della salute del soggetto.

La cura può passare anche attraverso una prima fase volta alla disintossicazione dalla sostanza di dipendenza: infatti in molti approcci terapeutici senza droga attuati nelle comunità terapeutiche, la disintossicazione è considerata come una premessa al trattamento.

Gli approcci devono essere vari e possono servirsi di tutte le risorse disponibili sul territorio, in campo medico, sociale ed educativo, essendo la disintossicazione un fenomeno complesso per il quale non sembrano sussistere soluzioni elementari e difensive.

Il tossicodipendente, ove lo richieda, va inserito in processi riabilitativi che abbiano lo scopo di cambiare il suo modo di vita e tendere almeno ad una riduzione o eliminazione dell'agente nocivo dall'organismo.

La disintossicazione mediante farmaci è un approccio che deve dare la possibilità di una disintossicazione umana prima di intraprendere un trattamento senza droga; essa deve permettere inoltre un contatto con le strutture sanitarie, contatto che deve assumere una valenza positiva nella vita del tossicodipendente.

Il ricorso ai farmaci analgesico-narcotici sostitutivi non deve esaurire la gamma degli interventi curativi: questi devono essere comprensivi di interventi di tipo psicoterapeutico e socio-riabilitativo, ove possibili. Si dovranno altresì sperimentare forme nuove di trattamento.

5. *Organizzazione degli interventi sanitari e sociali*

5.1. Gli interventi di carattere sanitario e sociale nei confronti delle tossicodipendenze, sono effettuati per quanto di rispettiva competenza attraverso un effettivo coordinamento a partire dal livello distrettuale, dei servizi gestiti dalla USL e da quelli gestiti dai comuni singoli.

A tal fine la legge regionale 12.3.1980, n. 10 (art. 13), la legge regionale 24 1980 (artt. 4 e 17) e la legge regionale 6.8.1982, n. 30 (art. 2) stabiliscono le modalità di coordinamento e di programmazione degli interventi.

5.2. I servizi sociali attivati dai comuni, in collaborazione con i servizi sanitari, assicurano tra l'altro:

a) attività di informazione ed educazione sanitaria nelle scuole di ogni ordine e grado, nei punti di aggregazione giovanili, nelle fabbriche, nelle caserme e presso associazioni ricreative, ecc., attraverso la formulazione di specifici e coordinati programmi di intervento che coinvolgano le predette istituzioni pubbliche, private e i loro dirigenti, operatori di vari settori al fine di poter annualmente verificare e rimettere a punto le finalità, l'organizzazione ed i risultati delle iniziative adottate;

b) attività di trattamento nei confronti di tossicodipendenti e promozione di eventuali interventi rivolti alla risocializzazione (azione promozionale ed incentivante nei confronti delle attività cooperativistiche e dei datori di lavoro, ecc.).

5.3. I servizi sanitari dell'USL di cui all'art. 14 della legge regionale 24 1980 devono assicurare, per quanto di rispettiva competenza:

a) profilassi delle situazioni patologiche connesse alla abituale assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti;

b) trattamenti sanitari di base;

c) trattamenti farmacologici sostitutivi secondo le disposizioni normative in materia e cioè escludendo la possibilità del solo mantenimento delle situazioni di tossicodipendenza. Infatti l'uso di trattamenti farmacologici "sostitutivi" a dosi scalari e per determinati periodi di tempo è previsto solo nell'ambito di programmi terapeutici orientati al recupero quando si evidenzi dal punto di vista clinico una situazione di tossicodipendenza cronica. Al riguardo l'USL individua i presidi socio-sanitari nel cui ambito sono istituiti i servizi per l'accertamento degli stati di tossicodipendenza nonché per l'attuazione di interventi terapeutici e riabilitativi che prevedano, ove occorra, la somministrazione di farmaci ad azione analgesico-narcotica (D.M. 7.8.1980). Il ruolo centrale di riferimento per la erogazione delle prestazioni e per il coordinamento dell'attività dei servizi — sia socio-sanitari di base che specialistici territoriali che multizonali — è assegnato ai "presidi poliambulatoriali" presso i quali sono individuati gli operatori cui affidare la responsabilità dei diversi interventi di carattere sanitario, psicologico e sociale. Occorre infatti inquadrare gli interventi delle tossicodipendenze giovanili in un'ottica più ampia che affronti il disagio della popolazione adolescente e giovanile nel nostro tempo mediante strategie complesse atte a fornire risposte adeguate, al di là dei provvedimenti contingenti sugli aspetti emergenti del fenomeno;

d) accertamenti laboratoristici ed indagini clinico-strumentali mirate;

e) una adeguata informazione ed educazione sanitaria della popolazione, in particolare a livello di presidi medici di base, di presidi farmaceutici e di presidi ambulatoriali specialistici, ed un impegno nell'informazione e nell'aggiornamento professionale dei medici di base — che sono i primi operatori che individuano, assistono e controllano lo stato di salute psico-fisico di tutti i tossicodipendenti, compresi gli alcolisti, abitanti nel distretto — dei farmacisti, degli specialisti ambulatoriali e degli operatori socio-sanitari di base.

   Un così ampio movimento di opinione e di iniziativa tende a favorire il superamento della fiducia illusoria nelle sostanze psicoattive come strumento per risolvere situazioni di conflitto psicologico e sociale;

f) eventuali trattamenti psicoterapeutici previa formazione degli operatori e loro supervisione; la formazione degli operatori cui affidare tali trattamenti sarà promossa dalla Regione con la collaborazione delle università e degli esperti del settore;

g) interventi di sostegno psicologico alle famiglie dei tossicodipendenti;

h) interventi riabilitativi e di supporto nei casi di tossicodipendenti inseriti in comunità;
i) trattamenti intensivi nei casi di emergenza-urgenza;
l) trattamenti in regime di ricovero per patologie collaterali intercorrenti;
m) trattamenti in regime di ricovero, per accertamenti di particolare complessità o per interventi intensivi di disintossicazione;
n) adeguate forme di assistenza alle gestanti tossicodipendenti ed alcoliste incentivando forme di collaborazione tra i medici di famiglia ed il personale ospedaliero; analoghe misure ausiliarie di sostegno sono dedicate ai bambini nati da madri tossicodipendenti od alcoliste sotto l'aspetto sanitario, psicologico e sociale;
o) forme di collaborazione preventivamente concordate coi servizi all'interno degli istituti di pena, con particolare attenzione ai detenuti in età minorile.

5.4 In relazione a particolari esigenze di intervento, determinate dalla rilevante consistenza del fenomeno e con l'obiettivo di assicurare un più adeguato coordinamento dell'intervento dei servizi sanitari e dei servizi sociali ai diversi livelli locali, l'ufficio di direzione della USL si avvale della collaborazione di operatori inseriti nei presidi poliambulatoriali (medici, assistenti sociali, sociologi, psicologi), nonché di educatori e di genitori.

5.5 La legge regionale 6.8.1982, n. 30 ha provveduto alla soppressione dei CMAS come servizio settoriale, ricomprendendo le funzioni da essi svolte all'interno delle attività di competenza delle UU.SS.LL.
Si ritiene utile al più presto possibile procedere alla predisposizione ed avvio in ogni USL dei progetti-obiettivo, verificando anche nella definizione delle piante organiche la possibilità di ampliamento dell'organico per gli interventi in direzione della lotta alle tossicodipendenze secondo quanto previsto dalla legge n. 12 del 1982.

5.6 Per quanto concerne l'alcolismo, che è un fenomeno in via di sviluppo anche e soprattutto nella regione Marche e che richiede pertanto un intervento tempestivo ed insieme ben strutturato e diffuso nel territorio, le stesse equipes che coordinano o che comunque sono deputate al trattamento dei tossicodipendenti devono svolgere e promuovere anche attività di prevenzione, informazione ed assistenza a favore degli alcolisti con le stesse metodologie adottate per gli altri tossicodipendenti.

6. *Livello regionale*

6.1 La Regione provvede al coordinamento della attività delle USL, mirando a evitare la duplicazione degli interventi soprattutto per quanto concerne il trattamento con farmaci sostitutivi e la distribuzione delle strutture socio-riabilitative (affidamento familiare, case-alloggio e comunità terapeutiche — intese queste ultime come strutture residenziali, esclusivamente destinate ai giovani che accettano il rifiuto dell'uso della droga, che si sottopongono volontariamente al trattamento di recupero per il tempo necessario, con l'assistenza di una equipe multidisciplinare, e con la presenza di medici, psicologi, assistenti sociali, sociologi ed educatori. Il numero massimo degli assistiti non dovrebbe superare le 10-15 unità).
A dette strutture, sia pubbliche che private, sono destinate quote-parti del fondo nazionale assegnate alla Regione per l'attuazione dello specifico progetto obiettivo.
Poiché esistono solo 2 comunità terapeutiche convenzionate nelle Marche, una a Gradara con 18 assistiti e una a S. Severino con 14, si ritiene opportuno che vengano potenziati i presidi, assicurando almeno una comunità terapeutica per provincia.

6.2 In particolare la Regione promuoverà una speciale indagine conoscitiva armonizzata con il sistema informativo sanitario al fine di rilevare e controllare la diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope in tutta la regione. L'indagine deve tener conto sia della utenza dei servizi per quei soggetti dichiaratisi farmacodipendenti, sia del "follow up dei tossicomani.
Promuoverà altresì un'indagine socio-anamnestica nei soggetti dichiarati farmaco-dipendenti con particolare riguardo alle motivazioni socio-culturali-economiche ed ai problemi dell'infanzia e dell'adolescenza nell'ambito della famiglia e della scuola,

che sottostanno alla domanda di droga.

Si ritiene in ogni caso indispensabile procedere — nell'ambito del sistema informativo regionale — alla raccolta delle seguenti informazioni da parte delle singole UU.SS.LL.:

a) *dai servizi extra ospedalieri:* numero di chi ha chiesto l'intervento, degli interventi effettuati, delle persone seguite per tipo di trattamenti, delle persone sottoposte a trattamenti sostitutivi per tipo di trattamento;

b) *dai servizi ospedalieri:* numero delle persone trattate in stato di emergenza, dei deceduti, dei ricoveri;

c) *dall'autorità giudiziaria e dalla polizia giudiziaria:* numero degli arresti secondo la legge 685/1975, delle denuncie secondo la legge 685/1975, dei decessi fuori dei presidi ospedalieri, delle sostanze sequestrate per specie e quantità, delle sentenze pronunciate secondo la legge 685/1975.

6.3. La USL al fine di assicurare forme diversificate di intervento, può autorizzare ed eventualmente finanziare enti ausiliari a svolgere iniziative di risocializzazione e/o prevenzione e cura (esclusi gli interventi sanitari- farmacologici) dopo aver accertato la corretta impostazione dell'iniziativa.

1.2. POLITICA DEL FARMACO

1.2.1 Questioni generali

Tra le azioni finalizzate alla qualificazione della spesa di cui si preoccupa la filosofia del piano sanitario nazionale assume un particolare rilievo il settore della politica del farmaco che — assieme a quelli degli accertamenti diagnostici delle degenze e delle attività economali — rappresenta uno dei punti nevralgici che devono essere sottoposti a verifica critica al fine di ottenere una significativa contrazione dei consumi eccessivi e, al limite, pericolosi e addirittura controproducenti. La necessità di una più oculata e motivata politica della spesa in questi comparti dell'attività sanitaria, trova giustificazione non solo nella esigenza di realizzare una più economica e per altro verso meglio qualificata gestione, ma anche nel doveroso obiettivo di spostare le risorse risparmiate in quelli che sono i capisaldi qualificanti della riforma sanitaria ossia nella prevenzione e nell'educazione sanitaria, nello sviluppo dei servizi di base, nell'attuazione dei progetti-obiettivo, nella preparazione degli operatori e nel potenziamento della ricerca sanitaria finalizzata. Per questi motivi che devono sostenere l'impostazione e lo sviluppo del piano nazionale come di quelli regionali, la regione Marche sottolinea l'intenzione di raggiungere precisi obiettivi di risanamento e di riconversione dei suoi interventi sanitari che tengano particolarmente presente l'esigenza di liberare risorse umane e finanziarie da impieghi tradizionali e scarsamente produttivi per destinarle a nuove qualificanti funzioni necessarie alla migliore tutela della salute dei cittadini.

Nel settore del farmaco questo indirizzo comporta alcuni obiettivi prioritari e cioè:

— formulazione e aggiornamento dell'elenco tipo delle specialità medicinali, prodotti galenici e presidi medico-chirurgici (legge regionale 7/1982), derivato dal prontuario terapeutico nazionale, chiamando alla sua redazione e al suo dinamico adeguamento un apposito comitato che, raccolga le migliori energie scientifiche, professionali ed operative, presenti ai vari livelli del territorio, con lo scopo di razionalizzare e qualificare il campo dei farmaci da usare nel circuito del servizio sanitario, secondo principi di efficacia e insieme di contenimento dei costi;

— eliminazione degli sprechi dei farmaci favorendo il loro uso corretto da parte dei cittadini e degli operatori, anche per ridurre l'ambito oggi divenuto preoccupante della patologia jatrogena da iperricettazione ed iperconsumo di farmaci;

— aggiornamento del personale sanitario e promozione — in concorso con le altre strutture sanitarie — dell'educazione sanitaria dei cittadini quali indispensabili strumenti per realizzare significativi traguardi in questa direzione;

— esaltazione della professionalità dei farmacisti che sono preposti alla distribuzione dei

farmaci e che quindi assolvono a una funzione determinante e decisiva di orientamento e di comportamento dei cittadini in questo settore;
- attivazione del servizio pubblico di informazione scientifica nei confronti dei medici e delle strutture sanitarie in genere;
- valutazione — attraverso un sistema di monitoraggio permanente che dalla base salga verso il vertice del servizio — dell'azione e dell'interazione dei farmaci sulla salute dei cittadini in modo da ricavarne preziosi suggerimenti per la scelta qualitativa, quantitativa ed economica dei medicinali necessari alla rete pubblica ospedaliera ed extraospedaliera;
- promozione ed orientamento della ricerca scientifica finalizzata nel settore dei farmaci, avvalendosi dell'esperienza e degli studi a livello dei servizi di base, del poliambulatorio, dell'ospedale e delle cliniche universitarie.

1.2.2. Obiettivi per il triennio

- Predisposizione dell'elenco tipo di medicinali, prodotti galenici e presidi medico-chirurgici, approntato dalla giunta regionale (legge regionale 7/1982) sulla base del prontuario terapeutico nazionale e, in conseguenza, promozione della sua adozione nelle strutture pubbliche interessate e cioè nelle UU.SS.LL.
  Ogni USL, nell'ambito dei programmi attuativi del presente piano socio-sanitario, definisce una serie di iniziative, da avviare entro il 1983, finalizzate ad una maggiore e migliore educazione sanitaria e ad un corretto uso dei farmaci.
- Attuazione di corsi di informazione e formazione di tutti gli operatori sanitari, dai medici ai farmacisti, al personale ausiliario di assistenza sanitaria.
- Valutazione periodica — attraverso il sistema informativo regionale — del costo, della dimensione, degli effetti del consumo dei farmaci sulla base di una sistematica raccolta dei dati relativi al movimento degli acquisti diretti alla distribuzione territoriale, alla utilizzazione dello stoccaggio e alle conseguenze che si rilevano sul piano terapeutico, in modo da misurare realisticamente il bilancio costi-benefici sotto l'aspetto della salute, della spesa e della ricerca scientifica.

1.3. RICERCA SANITARIA FINALIZZATA

1.3.1. Questioni generali

L'avvio di una politica programmata della ricerca sanitaria finalizzata nel nostro Paese, quale è prevista e sollecitata dalle direttive del piano sanitario nazionale per il triennio 1982-1984 e dai relativi cospicui finanziamenti, trae origine dalla constatazione del grande ritardo delle nostre istituzioni pubbliche e private nel settore della ricerca non più solo tradizionalmente biomedica, ma anche specificatamente epidemiologica e sanitaria che deve essere per correttezza intesa quale l'insieme delle osservazioni e delle valutazioni scientifiche condotte sul complesso delle attività di sanità pubblica comprese nel quadro operativo del servizio sanitario nazionale.
Di questo allargamento ed aggiornamento di orizzonte occorre dunque prendere doveroso atto, nel momento su cui si tenta di delineare una nuova politica della ricerca sanitaria che, da una parte, concorra a promuovere un coordinamento delle iniziative in corso, oltre che un incisivo approfondimento dei temi inerenti all'intervento pubblico a protezione della salute, e dall'altra si prefigga di realizzare una robusta e convergente ricaduta di risultati che siano veramente coerenti ed utili alla sperimentazione ed al consolidamento degli interventi caratterizzanti del piano sanitario nazionale.
E' fin troppo evidente che un simile sforzo di impegno creativo nel settore della ricerca sanitaria finalizzata si basa su di un superamento delle modeste dotazioni — oltretutto estemporanee e frammentate — dello scarso bilancio attuale e si propone di offrire una risposta

ampia, articolata ed approfondita alla domanda di corretto soddisfacimento di quei bisogni sanitari effettivamente emergenti che nascono da una mancata ed inadeguata individuazione delle cause ambientali e sociali del quadro patologico prevalente e dei fattori e meccanismi di rischio presenti in tutti i livelli dell'attività lavorativa.
Ciò pone con crescente insistenza il problema ormai ineludibile di un continuo raccordo tra i grandi indirizzi della ricerca finalizzata e le conseguenti applicazioni all'interno delle attività stesse del servizio ai suoi vari livelli, nello svolgimento progressivo e processuale delle previste fasi del piano sanitario.

1.3.2. Problemi regionali

In relazione al quadro della nuova strategia della ricerca finalizzata, sembra opportuno offrire in sede regionale un punto di riferimento istituzionale a quanti — enti pubblici e privati — intendono concorrere al raggiungimento degli obiettivi strettamente collegati ai problemi sanitari emergenti che risultino di preminente rilevanza per l'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario. A tal fine sembra necessario istituire una commissione regionale consultiva per la ricerca sanitaria finalizzata, presieduta dall'assessore regionale alla sanità e composta da: il coordinatore dell'unità pluridisciplinare competente del servizio programmazione della Regione; il coordinatore del servizio sanitario della Regione; tre rappresentanti della facoltà di medicina di Ancona; due rappresentanti di facoltà scientifiche delle altre università della regione; un rappresentante dell'INRCA di Ancona; quattro coordinatori sanitari delle UU.SS.LL. e tre esperti esterni, tutti nominati dal consiglio regionale.
Tale commissione dovrà:
- predisporre un progetto organico triennale di intervento nel settore della ricerca biomedica, epidemiologica e sanitaria finalizzata a privilegiare specificatamente gli obiettivi generali ed i progetti-obiettivo del piano socio-sanitario regionale;
- valorizzare — all'interno del progetto regionale citato — tutti quei contributi innovativi ed integrativi che provengono dalla ricerca sanitaria applicata alle scienze sociali, economiche ed amministrative;
- favorire la ricerca sistematica e multidisciplinare delle cause e dei fattori di rischio dei singoli e delle popolazioni per rendere più conseguente e penetrante il ruolo primario degli interventi preventivi;
- operare un corretto e puntuale "trasferimento" dei risultati delle ricerche nella valutazione critica degli interventi operati ai vari livelli del territorio;
- realizzare un coinvolgimento ed un coordinamento nel programma delle ricerche, delle strutture del servizio sanitario e sociale degli enti istituzionalmente preposti come le università e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, divulgando nei modi più efficaci i relativi risultati;
- istituire un archivio centralizzato della ricerca sanitaria finalizzata aperto alle istituzioni pubbliche ed ai privati;
- collegare programmi e risultati nonché strutture pubbliche e rete privata al servizio informativo regionale per la messa a disposizione dei dati e l'interscambio con analoghe iniziative delle Regioni, del Ministero della Sanità, del C.N.R. e dell'O.M.S. e di altre iniziative internazionali.

1.3.3. Obiettivi per il triennio

Entro il 1983:
- istituire la commissione regionale consultiva per la ricerca finalizzata di cui al precedente par. 1.3.2.;
- elaborare un progetto triennale di interventi prioritari nel settori della ricerca biomedica, epidemiologica e sanitaria che privilegino gli obiettivi generali e i progetti-obiettivo del piano sanitario regionale (programmazione, prevenzione e ricerca biomedica) e riservare

adeguata attenzione ai temi della ricerca sanitaria applicata alle scienze sociali, economiche ed amministrative. A titolo di indicazione, i temi di ricerca da privilegiare possono riguardare: organizzazione, gestione e controllo dei nuovi servizi socio-sanitari di base in una grande città e nei centri più periferici; integrazione dell'intervento sanitario con quello sociale, economico-manageriale; verifica dei risultati complessivi della programmazione regionale con cadenza annuale, sperimentazione critica del modello di funzionalità ospedaliera con particolare attenzione ai tempi morti di diagnosi e di degenza; approfondimento dei problemi degli "emarginati" (anziani protetti, malati psichici protetti, handicappati in genere, tossicodipendenti, ecc.); tendenze evolutive della popolazione; controllo dell'igiene ambientale; prevenzione della patologia accidentale professionale nei luoghi di lavoro, della patologia degenerativa e della invalidità cronica; lotta alla patologia della gravidanza e della mortalità perinatale; problemi aperti dall'aumento numerico e dalla conseguente assistenza sociale degli anziani, ecc.;

- destinare l'80 per cento dei fondi disponibili per attività di ricerca e riservare il 20 per cento alla qualificazione del personale delle UU.SS.LL.;
- raccogliere le richieste degli enti pubblici e privati, valutare e scegliere le richieste degli interessati e proporre di destinare i fondi disponibili per i piani di ricerca annuali e pluriennali a coloro che siano in grado di offrire garanzia sostanziale e formale di una loro corretta utilizzazione.
- censire le strutture pubbliche o private di ricerca al fine di promuoverne eventualmente di nuove;
- acquisire informazioni sul finanziamento di tutte le attività di ricerca sanitaria finalizzata operanti a qualsiasi titolo nella regione, allo scopo di equilibrare l'assegnazione dei temi e dei contributi e valutarne la produttività, evitando inutili doppioni e gravi assenze di intervento;
- raccogliere i dati — nell'ambito del sistema informativo regionale — sui centri di ricerca pubblici e privati esistenti nella regione, sui temi già affrontati e su quelli di nuovo interesse, sulle offerte ricevute, sugli incarichi affidati, sulla valutazione e sul trasferimento dei risultati, sul numero e la professionalità dei ricercatori, sul personale qualificato, sulle spese sostenute direttamente dalla regione e indirettamente da enti pubblici e privati locali, nazionali ed internazionali.

Entro il 1984

- verificare l'attuazione del progetto predisposto e i risultati ottenuti;
- completare le iniziative precedenti.

Entro il 1985

La Regione predispone uno specifico programma relativo ai progetti di ricerca finalizzata da inserire nel successivo piano triennale

2. POLITICA E FORMAZIONE DEL PERSONALE

2.1. PROCESSO DI FORMAZIONE

2.1.1. Questioni generali

Il successo dell'intero sistema di servizi sarà determinato in via prioritaria dal consenso degli operatori, dalla loro capacità di adeguarsi responsabilmente ai nuovi compiti ed alle nuove modalità di lavoro, dalla preparazione e dalla competenza tecnica.
Obiettivi ambiziosi e determinanti come quello dell'integrazione del tradizionale ed insopprimibile rapporto individuale medico/paziente (o infermiere/paziente) con un rapporto più complesso che va dal ruolo svolto da un gruppo pluriprofessionale di intervento all'organizzazione del lavoro secondo modelli dipartimentali: come l'assunzione diretta di problemi nuovi o precedentemente trascurati (droga, contraccezione, aborto, malattie psicosomatiche, inquinamenti chimici, ecc.); come gli interventi nel campo della prevenzione di malattie ad eziologia multifattoriale, dell'identificazione e riduzione dei fattori di rischio, dell'educazione sanitaria, ecc., richiedono una professionalità altamente qualificata e costantemente rinnovata.
Giustamente, pertanto, la proposta di piano sanitario nazionale sottolinea che l'immissione nel servizio sanitario nazionale riservata esclusivamente ad operatori dotati dei prescritti requisiti di preparazione, deve rappresentare da qui in avanti la condizione inderogabile per riconquistare l'efficienza, la professionalità e la qualità dei servizi oggi compromesse tanto dalle carenze che da errate politiche del personale.
Gli obiettivi indicati nel piano pongono in rilievo due aspetti: da un lato, che la riorganizzazione e ristrutturazione del sistema attuale di tutela della salute non determina, come temuto da alcune parti, una riduzione globale di occupazione (fatta eccezione per talune figure professionali del comparto medico); dall'altro che il fabbisogno di personale qualificato in alcuni settori di tipo tradizionale o di tipo nuovo è tale che difficilmente esso potrà essere formato completamente nel triennio. Se a ciò si aggiunge che le attuali strutture formative di operatori paramedici risultano insufficienti e non rispondenti agli indirizzi di piano, il problema assume aspetti di notevole complessità per cui occorre trovare soluzioni estremamente qualificate.
E' stata messa infatti in evidenza una serie di carenze quantitative per quanto concerne:

a) *personale medico*, limitatamente a qualche settore specialistico (odontoiatri, fisiatri, igienisti, medici del lavoro, medici legali, pediatri, oculisti, otorinolaringoiatri, radiologi, anestesisti, trasfusionisti);
b) *personale infermieristico*, (assistenti sanitari, infermieri professionali);
c) *personale sanitario dei ruoli professionali*, (biologo, chimico, fisico, ecc.), *tecnico e tecnico-sanitario in genere*, con particolare riferimento ai settori della prevenzione e della riabilitazione.

Viene inoltre sottolineata l'urgenza di provvedere alla disponibilità di alcune figure attualmente del tutto assenti, indispensabili per le nuove funzioni (prevenzione, riabilitazione, assistenza alternativa al ricovero, informazione) cui sono chiamati i servizi (ad es. ispettori d'igiene per compiti di vigilanza igienica, tecnici ambientali, personale per prestazioni domestiche, tecnici dell'informazione — analisti e statistici —, coordinatori delle attività di formazione, nuove figure di assistenza al paziente — tecnici podologi, igienisti dentali, ecc.).
Accanto alle suddette carenze è appena il caso di ricordare che il complesso degli attuali servizi presenta una notevole consistenza di personale appartenente soprattutto alle figure generiche da riqualificare, a quelle esecutive ed, in eccedenza, a quelle amministrative.
Il riformato sistema reclama orientamenti prevalenti nel senso della prevenzione ed implica la partecipazione della collettività alla tutela della propria salute.
A livello operativo, pertanto, un aspetto fondamentale è quello di corrispondere in modo unitario, senza frammentazione o discontinuità degli interventi, ai problemi dell'individuo e della comunità; ciò può essere consentito da quella *polivalenza funzionale* degli operatori che non significa "tutto fare", ma capacità di svolgere mansioni differenziate nell'ambito della

funzione di pertinenza e di sviluppare modi di intervento originali in relazione alle problematiche emergenti.
Tale capacità viene esaltata nella pratica della reciproca integrazione con figure professionali complementari e in quella del lavoro di gruppo.
Altrettanto determinanti sono la comprensione dell'impostazione teorica dei servizi e degli obiettivi socio-sanitari da perseguire; la revisione costante del proprio ruolo ed il coinvolgimento nei processi di trasformazione; la capacità di stabilire un rapporto diretto con gli utenti dei servizi per promuovere processi di educazione sanitaria e porre le premesse per una efficace partecipazione.
Per colmare il divario tra disponibilità ed esigenze di personale e sicuramente necessario incidere nel settore della *formazione professionale*, di base e specialistica, tanto per figure tradizionali che per nuovi tipi di operatori. D'altra parte molteplici considerazioni oltre a quella determinante, della rigidità della spesa corrente per il personale, inducono alla razionale utilizzazione degli operatori già in servizio mediante interventi di qualificazione ad un livello piu alto (*riqualificazione* con acquisizione del titolo professionale) o mediante la mobilità orizzontale (*riconversione*, senza acquisizione del titolo professionale ma con cambio di attività).
Inoltre la rifondazione culturale ed il processo di riorganizzazione del servizio socio-sanitario che caratterizzerà particolarmente questi primi anni di avvio delle UU.SS.LL., vanno affrontati coinvolgendo direttamente e profondamente tutti gli operatori.
L'*aggiornamento*, culturale e tecnico, va utilizzato anche come strumento per procedere alla realizzazione del nuovo assetto organizzativo, fondato sulla ricerca di produttività, di perequazione e di territorializzazione degli interventi.

2.1.2. Obiettivi per il triennio

E' evidente che ogni iniziativa nel settore della formazione è largamente condizionata dalla legislazione attualmente in vigore, che rende l'immagine di un assetto di servizi arcaico, settorializzato, incentrato sull'ospedale e sulle istituzioni segreganti.
Essa riflette inoltre un'errata politica del personale che ha causato la incontrollata proliferazione di figure di bassa qualificazione, certamente non rispondenti ai bisogni reali della popolazione e ad una moderna organizzazione dei servizi.
Si ribadisce pertanto la necessità di raggiungere una sistemazione definitiva della materia sollecitando politicamente la conclusione della legislazione in itinere ed, in particolare, della riforma degli studi medici, della riforma della scuola secondaria superiore, dei decreti per il convenzionamento con l'università, riponendo particolare attenzione alla coerenza fra le diverse leggi, nonché fra i decreti relativi ai profili professionali.
Ferma restando, dunque, la necessità di sviluppare il piu ampio coordinamento tra sistema scolastico (scuola secondaria superiore riformata e università) e sistema formativo regionale, occorre che quest'ultimo adegui le proprie strutture e i propri programmi per rispondere ai principi di base e realizzare gli obiettivi del nuovo sistema di servizi della sanità riformata.
A tal fine la Regione deve esercitare sulla formazione professionale un ruolo di promozione, programmazione, coordinamento di tutte le attività, e deve curare che esse abbiano un organico rapporto particolarmente con i processi di ristrutturazione del sistema.
La Regione deve approvare — nell'ambito del piano triennale della formazione professionale, in attesa del relativo piano di settore — un progetto formativo che comprenda:
— la formazione di base e permanente;
— l'aggiornamento;
— la riqualificazione e la riconversione degli operatori sanitari.
Nel progetto si dovranno prevedere fra l'altro:
— il fabbisogno qualitativo e quantitativo del personale;
— gli orientamenti per i programmi di corso;
— le tipologie;

- i requisiti strutturali delle sedi;
- le risorse finanziarie.

Dovrà essere garantita l'unitarietà del progetto consistente anche nella possibilità di integrare i singoli interventi formativi (sedi, programmi, formatori, ecc.).

Le attività formative dovranno prioritariamente tendere al raggiungimento degli obiettivi del presente piano socio-sanitario, alla formazione delle figure professionali carenti, con particolare riferimento ai servizi di prevenzione, riabilitazione e alla organizzazione dipartimentale, che nella Regione Marche sono regolati dalla legge n. 24/1980.

I corsi dovranno essere organizzati in modo da favorire il più possibile la partecipazione degli operatori, nell'ambito degli accordi contrattuali e integrativi.

Indirizzi generali per i programmi dei corsi sono:

- la comprensione dell'impostazione concettuale del sistema di sicurezza sociale (mediante lo studio del quadro istituzionale all'interno del quale si sviluppa la nuova politica dei servizi);
  la prevenzione e le attività sanitarie di base;
- una polivalenza operativa che consenta l'unitarietà degli interventi di risposta ai bisogni del singolo o della comunità (famiglia, ecc.);
- l'acquisizione di una cultura di base, generale e professionale, che consenta la capacità di adeguare costantemente le proprie attività a seconda del progresso scientifico e tecnologico e, ancora, della composita domanda sociale;
- la capacità a svolgere un lavoro di gruppo;
- la disponibilità e l'apertura a lavorare con la collettività ed a svolgere compiti a forte contenuto informativo ed educativo con l'intento di ottenere comportamenti orientati verso la salute.

Nel ribadire l'impegno all'emanazione di una coerente normativa regionale vengono indicate le linee di intervento da assumere e da intraprendere nel breve periodo:

- avviare in via prioritaria la costituzione di quattro centri con carattere polivalente, uno per capoluogo di provincia, nei quali attuare la formazione di base e la formazione permanente del personale infermieristico e tecnico iniziando in una prima fase con la formazione di alcune figure professionali (ad es. tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio); successivamente anche la formazione degli infermieri professionali dovrà essere concentrata in tali centri onde rispondere a criteri di maggiore efficienza ed economicità;
  promuovere per tutto il personale, momenti formativi comuni sia per l'acquisizione di un patrimonio culturale omogeneo sia come premessa al lavoro di gruppo ed alla collaborazione interdisciplinare;
- incrementare ulteriormente le iniziative di tirocinio pratico nei servizi territoriali sviluppando il concetto che la formazione nel territorio deve essere considerata come parte integrante e non aggiuntiva nell'ambito dei vari curricula;
- avviare un rapporto di organica collaborazione con l'università, che acceleri la revisione critica dei contenuti degli insegnamenti ed una sempre più ampia finalizzazione delle attività didattiche e di ricerca alle esigenze emergenti per la tutela della salute delle popolazioni;
- realizzare con la necessaria gradualità, ma anche con la determinazione imposta dall'importanza della materia e dagli insopprimibili tempi tecnici, gli strumenti idonei alla realizzazione del processo complessivo di formazione;
- ricomprendere nell'ambito del rapporto convenzionale, con l'università, di cui al citato art. 39 della legge 833/1978, l'attivazione di corsi di formazione per le figure mancanti.
  Le altre attività formative (a carattere non istituzionale, rivolte alle funzioni di aggiornamento e riconversione degli operatori del servizio) dovranno essere avviate in ogni USL locale anche se sarà necessario, nella fase iniziale, individuare momenti promozionali di coordinamento e di supporto operativo per più zone.
  Sono da considerare comunque prioritarie la necessità e l'urgenza di porre mano sia alla costituzione e qualificazione di un corpo di docenti per le attività formative di base

(istituzionali) sia alla corresponsabilizzazione nell'insegnamento di un numero più largo di operatori, sia alla creazione della figura del formatore (specialista della formazione); a tal riguardo verranno recuperate le esperienze originali dei corsi sperimentali di formazione dei formatori già da tempo promosse con le università di Macerata e di Urbino oltre che la collaborazione degli istituti ed enti competenti in materia;
— sollecitare la collaborazione dell'università anche per la ricerca di criteri e di metodologie per una rinnovata preparazione delle varie figure professionali, per la elaborazione dei programmi, per l'applicazione di nuove metodologie didattiche.

Riqualificazione e riconversione: considerata la rigidità della spesa corrente per il personale, è necessario ricorrere alla mobilità del personale già disponibile..

Pur avendo consapevolezza delle difficoltà oggettive che si frappongono alla mobilità geografica, specie se non ristretta all'ambito della provincia di usuale residenza è indispensabile affrontare il problema nella convinzione che tale processo di riforma e un nuovo modo "culturale" di rispondere alle esigenze del cittadino.

In proposito, dovranno essere risolti i problemi determinati dal processo di mobilità e omogenizzazione di personale connesso al processo di unificazione delle strutture e soprattutto si dovrà giungere a una perequazione contrattuale tra le categorie interessate (come del resto previsto dalla legge 833/1978 con l'introduzione del contratto unico nazionale degli operatori del S.S.N.).

L'intero processo dovrà poi essere affrontato e risolto in un costante confronto con le OO.SS., tenendo sempre conto dell'obiettivo superiore di aumentare la produttività e la qualità dei servizi.

Alcuni operatori dovranno essere individuati per la partecipazione alle iniziative pilota, anche a carattere nazionale (organizzate, ad es. dall'Istituto Superiore di Sanità) onde realizzare successivamente corsi analoghi per operatori destinati ad alcuni ruoli-chiave nel sistema di servizi (funzioni igienico-organizzative, coordinamento; formatori); e ad unità da destinare all'avvio di servizi di nuova concezione (consultoriali, antidroga, epidemiologici, ecc.).

Aggiornamento: l'ipotesi di lavoro e che le attività di aggiornamento possano costituire uno strumento estremamente valido nel processo di riorganizzazione dei servizi socio-sanitari. In concreto si tratta di usare l'aggiornamento anche come mezzo per coinvolgere direttamente ed attivamente gli operatori nello studio e nella ricerca di nuovi modelli operativi, ciò consente al tempo stesso di scoprire i reali confini e contenuti delle diverse professionalità.

Ne consegue pertanto la necessità di:
— *avviare* i processi di ristrutturazione dei servizi contemporaneamente all'aggiornamento degli operatori;
— *coinvolgere* gli operatori fin dal momento della programmazione dei modelli operativi;
— *dare spazio* nei programmi di aggiornamento all'analisi dei nuovi problemi di tipo organizzativo e funzionale e dei nuovi strumenti conoscitivi prodotti dall'evoluzione delle tecnologie e della scienza (funzione di coordinamento).

Destinatari dell'attività di aggiornamento dovranno essere tutti gli operatori dipendenti, come previsto dall'art. 46 del D.P.R. 761/1979, in base al quale la Regione predispone annualmente un programma di aggiornamento. Per gli operatori a rapporto convenzionale le modalità di aggiornamento devono essere previste — e dovrà generalizzarsene la previsione — dagli schemi di convenzione.

In ogni caso è opportuno individuare le seguenti priorità (oltre quelle già segnalate per l'area dei coordinatori e dei formatori):
— interventi per l'area di base (compreso il personale ausiliario per i servizi domestici e di comunità);
— interventi legati alla formazione di operatori di servizi di nuova attivazione;
— interventi per l'area dell'igiene e sanità pubblica;
— interventi per le aree relative ai progetti-obiettivo.

Le esigenze e le attese per l'attività di aggiornamento si traducono nella necessità di prevedere un modello organizzativo di corsi, articolato per moduli, che permettano di affrontare:
— temi generali sui quali coinvolgere contemporaneamente la totalità degli operatori secondo i concetti sopra enunciati;

— temi di settore, finalizzati all'adeguamento della professionalità ai nuovi compiti di servizio;
— temi specifici, legati all'acquisizione di nuove capacità professionali.

I moduli di settore saranno rivolti soprattutto all'acquisizione delle necessarie capacità di integrazione di competenza nelle aree funzionali di:

— servizi nuovi: *consultori, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza psichiatrica nel territorio, prestazioni domestiche agli anziani, handicappati,* ecc.;
— servizi tradizionali con rinnovata operatività: *asili nido, riabilitazione degli handicappati, igiene e sanità pubblica,* ecc.

I moduli specifici per figure professionali saranno destinati all'acquisizione di nuove tecniche ed alla conoscenza delle nuove risorse offerte dalla scienza moderna.

L'iter complessivo di ogni corso dovrebbe comprendere tutti e tre i tipi di moduli tenendo presente che i moduli generali non sono propedeutici e quelli di settore e specifici dato che ogni modulo è finalizzato alla acquisizione di una determinata capacità professionale.

Questo permette un'ampia possibilità di manovra e l'adattabilità alle singole situazioni politiche ed ai vincoli finanziari.

Le tradizionali formule di insegnamento (teorico, unidirezionale) sono certamente inadeguate, soprattutto per la tipologia dei destinatari (adulti, operatori già in servizio) e si dovrà pertanto dare preferenza a metodologie di apprendimento attivo onde favorire il più possibile l'utilizzazione delle precedenti esperienze dei partecipanti:

a) sedute collegiali di informazioni su temi specifici (relazione introduttiva, discussione fra relatore e partecipanti);
b) lavoro di gruppo su problemi metodologici, confronto e riflessione su orientamenti e modelli di riferimento personali;
c) lavori di gruppo su casi simulati ricorrenti nella realtà concreta delle attività lavorative, su scambio di esperienze, ecc.;
d) lavori di gruppo per lo svolgimento di ricerche finalizzate alla maggiore efficienza del servizio;
e) sedute collegiali di valutazione del lavoro svolto.

L'utilizzazione delle tecniche di formazione di gruppo impone la necessità di affiancare agli esperti delle varie materie di aggiornamento la figura dei formatori, esperti in tecniche di apprendimento per adulti che in questa fase svolgeranno così il loro tirocinio professionale.

La formazione e l'adozione delle piante organiche da parte delle associazioni dei Comuni e della Regione è atto qualificante, indispensabile per dare effettiva attuazione al piano socio-sanitario triennale.

Per questi motivi, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente piano, la Regione approva le piante organiche provvisorie delle UU.SS.LL.

Le procedure relative alla costituzione dei ruoli nominativi unici regionali e delle piante organiche definitive delle UU.SS.LL. devono completarsi entro dicembre 1982, sulla base delle disposizioni vigenti.

La mobilità del personale deve essere funzionale al processo di riorganizzazione dei servizi.

Occorre dare priorità alla mobilità per i servizi assistenziali, per quelli produttivi e riabilitativi.

I criteri della mobilità — ferma restando la tutela dei diritti dei lavoratori sulla base della disciplina contrattuale — verranno stabiliti attraverso un accordo tra Regione, ANCI, UPI, UNCEM e OO.SS. e associazioni professionali maggiormente rappresentative a livello nazionale.

Oltre alle forme già previste nel presente piano, la partecipazione degli operatori va garantita attraverso conferenze di organizzazione, in applicazione dell'art. 2[illegible] della legge regionale n. 24/1980.

Nell'ambito del rapporto convenzionale con l'Università, di cui art. 39 della legge n. 883/1978:

— contribuire alla formazione dei formatori;
— cooperare alla formazione delle figure professionali mancanti;
— ricercare criteri e metodologie nuove nella formazione delle figure professionali, nella

elaborazione dei programmi, nella didattica;
- svolgere attività di riqualificazione, riconversione, aggiornamento;
- collaborare alla predisposizione di testi, dispense, ecc.

3. GESTIONE DEGLI STRUMENTI CONOSCITIVI

3.1. SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (S.I.S.) E PROGRAMMAZIONE BILANCIO (P.B.)

3.1.1. Ruolo e caratteri

Il servizio sanitario nazionale ha il compito di attivare una rete distributiva e coordinata di strumenti conoscitivi di valutazione e di controllo permanente delle sue attività, al fine di poter disporre di informazioni significative ed aggiornate ai diversi livelli operativi che sono indispensabili per una corretta programmazione, per un consono finanziamento e per una accurata verifica dei diversi momenti di attuazione processuale del piano, in risposta ai bisogni reali individuati ed alle risorse messe a disposizione.
Infatti in tutte le fasi dello sviluppo del servizio sanitario nazionale ma a maggior ragione del suo primo e più complesso periodo di impostazione e di avvio, è necessario suscitare direttamente e concretamente l'attenzione, l'interesse e il coinvolgimento partecipativo e democratico degli operatori, delle forze sociali, degli uomini della scienza e della tecnica, dei grandi strumenti di comunicazione di massa attorno alla crescita dei nuovi strumenti di intervento sanitario e sociale distribuiti nel territorio per controllare i processi di trasformazione avviati, per rimuovere i non pochi ostacoli frapposti e per evitare e contenere le conseguenze indesiderate, in altre parole per assicurare una crescita tempestiva, efficace e costante dei servizi di tutela della salute e per renderne edotti i cittadini attraverso la predisposizione di un accurato e realistico rapporto annuale sullo stato sanitario del paese, e — in parallelo — della regione.
Non ultimo dei risultati sperati, la documentazione e la valutazione continua così ottenute dovrebbero essere alla base di una stimolante e convincente opera di educazione sanitaria al servizio dell'intera popolazione.
Per raggiungere i risultati predetti, il piano sanitario nazionale prevede la messa in funzione di due specifici strumenti conoscitivi e cioè:
a) *il sistema informativo sanitario (S.I.S.);*
b) *la programmazione di bilancio (P.B.).*
Scopo del S.I.S. è quello di controllare lo stato di salute della popolazione, di verificare le attività proprie del servizio sanitario, di rilevare la corrispondenza dei benefici ai costi, di orientare la ricerca sanitaria agli obiettivi emergenti nella tutela della salute e nella individuazione delle cause di rischio.
Scopo della P.B. — intesa come sistema integrato di pianificazione e di controllo dell'uso delle risorse — è quello di consentire una riclassificazione economico-funzionale e/o per programmi dei fatti finanziari, di rendere comprensibili e trasparenti i processi decisionali di allocazione delle risorse e di erogazione delle spese, di consentire il controllo della gestione non solo sotto il profilo amministrativo, ma anche in coerenza con gli impegni programmatori assunti e con la verifica di efficacia ed efficienza dei risultati ottenuti.

3.1.2. Assetto organizzativo del S.I.S.

Sulla base della determinazione dei dati strutturati minimi necessari a livello centrale per la programmazione sanitaria nazionale, la Regione recepisce le richieste del Ministero della Sanità, le adotta puntualmente e definisce una eventuale aggiunta di dati necessari per la programmazione regionale.
Nello stesso spirito, l'USL può raccogliere ulteriori dati ritenuti utili alla gestione locale, in una visione di "informazione distribuita" ai vari livelli politici ed operativi.
In particolare Regione ed USL si uniformano alle scelte nazionali di una lista unica delle nomenclature da usare per la classificazione delle informazioni biosanitarie ed epidemiologiche, nonché per i criteri di scelta dei campioni di rilevazione e le modalità di standardizzazione dei dati a fini comparativi, recepiscono inoltre — per occorrenze specifiche — quali informazioni

epidemiologiche mirate siano da raccogliere, col privilegio già indicato in precedenza dei campi di ricerca formulati dal piano e comunque di più rilevante consistenza sociale.
La Regione è tenuta inoltre a raccogliere i dati relativi all'attuazione della direttiva n. 12/1978 del Comitato centrale di liquidazione degli enti mutualistici sulla istituzione dei sistemi informativi regionali ed a documentare la disponibilità e le strutture informative esistenti in sede locale ed in condizione di essere utilizzate per progettare ed attivare — in forme autonome o come componenti di eventuali più generali sistemi informativi — sia il *sistema informativo sanitario regionale* che i *sistemi informativi sanitari locali*, i cui compiti in definitiva si possono così riassumere:
— gestione dei dati dei flussi ordinari strutturati;
— gestione dei dati epidemiologici non strutturati (raccolti di volta in volta sulla base di richieste centrali o di particolari bisogni locali).

3.1.3. Assetto organizzativo della P.B.

Gli interventi da effettuare per l'attuazione delle azioni programmatiche sono:
— trasferimento nella legislazione regionale di attuazione dei principi ispiratori enunciati nel piano sanitario per la programmazione di bilancio e verifica della coerenza delle leggi regionali di contabilità delle UU.SS.LL. già emanate;
— controllo periodico di cassa delle UU.SS.LL. da parte dei comuni ed inserimento delle risultanze in apposito flusso informativo strutturato locale;
— attuazione delle disposizioni del D.P.R. 595/1980 sul piano dei conti delle UU.SS.LL. e sulla classificazione economica e funzionale dei movimenti contabili, per rendere possibile alla Regione e al Ministero della Sanità di seguire la dinamica dei flussi finanziari;
— rendiconto di competenza trimestrale delle UU.SS.LL. ed attuazione, con le relative risultanze, di un apposito flusso informativo strutturato con la Regione;
— divulgazione a tutti i livelli gestionali dei dati informativi acquisiti e restituzione dei datistessi elaborati e comparati ai sottostanti livelli operativi.

3.1.4. Obiettivi per il triennio

Entro il 1983
A tutti gli effetti, *il 1983 deve essere considerato come un anno di transizione tra il vecchio e il nuovo sistema*, anche perché il Ministero della Sanità e gli altri organi centrali dello Stato interessati devono nel frattempo assumere tutte quelle iniziative e decisioni dalle quali in gran parte dipendono la distribuzione e qualificazione dei compiti vincolanti di istituto e delle scelte aggiuntive dei livelli regionali e locali del S.I.S.
Tuttavia, alcuni obiettivi si possono comunciare a perseguire fin dal 1982 sia a livello regionale che locale partendo da una prima — anche se necessariamente incompleta — progettazione organica dell'intero sistema informativo che tenga conto del fabbisogno conoscitivo del livello centrale, delle disponibilità informative in atto e del loro adeguamento alle nuove esigenze conoscitive, con speciale riguardo alle rilevazioni dei flussi sanitari, dei flussi economico-finanziari, dei flussi del personale delle UU.SS.LL., nonché a particolari indagini ad hoc, a base prevalentemente campionaria, per ulteriori fabbisogni urgenti.
In particolare:
— *a livello di distretto* è prevista la rilevazione dei dati sanitari — coperti comunque dal segreto professionale — dei singoli cittadini residenti o abitualmente presenti, a cura dei servizi di base, parte dei quali devono essere inseriti nel libretto sanitario individuale e parte sono destinati all'archivio sanitario (cfr. parte II, par. 1.5.);

— *a livello di USL* è prevista la rilevazione, la elaborazione ed archiviazione dei dati complessivi dei presidi dell'USL, privilegiando ovviamente lo studio delle attività legate agli interventi preventivi di primo livello e ai progetto-obiettivo, utilizzando tutti i supporti operativi con funzioni statistico-epidemiologiche presenti nei servizi zonali e multizonali di igiene e sanità pubblica, con particolare riguardo alla costituzione dei registri dei dati ambientali e biostatistici relativi alle cause di rischio negli ambienti di lavoro;

a livello regionale è prevista la raccolta ed elaborazione di tutti quei dati necessari alla programmazione regionale e alla stesura del rapporto sullo stato di salute della regione, nonché la trasmissione di quelli indispensabili alla programmazione nazionale.

La Regione deve predisporsi ad operare attivamente e con spirito critico e creativo all'interno di quella commissione nazionale di raccordo tra le istituzioni centrali di governo, gli enti pubblici, l'ISTAT e le altre Regioni, con funzioni di verifica delle decisioni influenti sul S.I.S. e di partecipazione alla progettazione e alla verifica del sistema informativo centrale.

Entro il 1984:

Ha inizio la piena attuazione del progetto di sistema informativo regionale con verifiche annuali da effettuare sui tempi e sui modi di attuazione del presente piano.

Per quanto riguarda l'attuazione e l'adeguamento dei servizi ed il rifornimento di personale e di attrezzature necessarie al servizio informativo regionale e locale, è da tener presente:

- la scelta di informatica deve essere subordinata allo sviluppo del sistema informativo;
- l'adeguamento delle attrezzature deve essere gradualmente rapportato all'aumento reale dei flussi informativi;
- l'esigenza prioritaria di riorganizzare e pienamente utilizzare le informazioni e gli strumenti pubblici comunque disponibili sul territorio;
- la necessità di un collegamento con altri sistemi informativi esistenti (servizi demografici, sociali, sistemi economici e scientifici, gestione del territorio, ecc.) la cui integrazione può comportare innegabili vantaggi alla funzione di osservatorio epidemiologico ed agli stessi interventi di prevenzione;
- l'adozione infine d'una politica di riqualificazione ed aggiornamento del personale accanto ad una di formazione permanente.

Entro il 1985:

- Proseguono e si completano le iniziative di cui al punto precedente.

PARTE IV

FONDO SANITARIO REGIONALE

1. FONDO SANITARIO REGIONALE

Per consentire il governo della spesa sanitaria e dare l'attuazione al presente piano, la Regione dovrà quanto prima:

1) impegnare il governo nazionale a fissare congruo e definitivo finanziamento sia per la parte corrente che per la parte di investimento tanto per gli anni pregressi che per l'anno corrente;
2) definire con legge le piante organiche delle UU.SS.LL.;
3) dar corso agli adempimenti di cui alla legge regionale 6/80 per l'istituzione del ruolo del personale sanitario regionale;
4) attuare la mobilità del personale in relazione alle esigenze di piano;
5) espletare i concorsi secondo la vigente normativa nazionale;
6) sollecitare l'approvazione dei conti consuntivi 1981 e 1982 delle UU.SS.LL.;
7) dare tempestive indicazioni per il bilancio preventivo 1983; e per la puntuale rendicontazione trimestrale di cassa e verifiche bimestrali di cassa;
8) iniziare la riqualificazione del personale finalizzata alla eliminazione degli squilibri tra esigenze dei servizi previsti e attitudine professionale dei dipendenti.

1.1. Determinazione della spesa di parte corrente per il triennio ottobre 1982 - settembre 1985

In attesa che l'approvazione del piano sanitario nazionale definisca l'ammontare della quota del fondo sanitario destinato alle Marche per il prossimo triennio, nonché i criteri ed i vincoli di destinazione di tale fondo, nel prospetto seguente è indicato l'ammontare della spesa in conto corrente calcolata sulla base di un ragionevole contenimento del tasso della spesa.

Il riparto per funzioni e per USL della quota regionale del fondo sanitario nazionale sarà effettuato sulla base degli indirizzi e degli obiettivi del piano nonché dei seguenti criteri:

1) garantire la continuità dei servizi e delle prestazioni;
2) procedere gradualmente ma decisamente verso il riequilibrio delle risorse a favore delle attività territoriali ed extra-ospedaliere di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Per operare in questa direzione saranno assunte alcune scelte preliminari:

a) contenimento della spesa ospedaliera;
b) determinazione di una quota di avvio per il funzionamento del distretto sanitario di base;
c) determinazione di alcuni criteri "oggettivi" per la previsione di spesa riguardante la medicina specialistica extra-ospedaliera (convenzionata e pubblica);
d) determinazione della quota minima per il funzionamento dei servizi a valenza zonale e degli uffici centrali delle UU.SS.LL.;
e) determinazione della quota del fondo integrato di parte corrente da attribuire ai progetti-obiettivo e relativa distribuzione alle UU.SS.LL.;
f) determinazione della quota per il funzionamento dei servizi a valenza multizonale;
g) determinazione della quota per le funzioni amministrative centrali di USL.

Le previsioni della spesa sanitaria complessiva per il 1983 con proiezione per il 1984 e 1985 sono riportate nella allegata tabella A.

TABELLA A

STIMA DELLA SPESA SANITARIA REGIONALE CORRENTE 1983 CON PROIEZIONE 1984 E 1985

(in migliaia)

ANNO	TOTALE spesa sanitaria (in migliaia)	Quota della spesa sanitaria totale riservata ai progetti-obiettivo				Quota della spesa sanitaria totale riservata alle spese sostenute dalla Regione			
		Minori	Anziani	Lavoratori	Tossico-dipendenti	Invalidi civili	Indiretta all'estero	Mutui	Ricerca finalizzata
1983	802.300.000	3.427.533	3.427.533	1.406.828	979.295	12.853.256	1.468.950	1.836.184	1.713.773
1984	882.530.000	3.770.286	3.770.286	1.849.511	1.077.225	14.138.582	1.615.845	2.019.802	1.885.150
1985	970.783.000	1.117.315	4.147.315	5.332.262	1.184.948	15.552.440	1.777.430	2.221.782	2.073.665

1.2. Determinazione della spesa per investimenti nel periodo 1982-1985

Le disponibilità finanziarie destinate agli investimenti (interventi in conto capitale) sono utilizzate tenendo conto delle seguenti esigenze:
- istituzione di idonei servizi territoriali alternativi;
- creazione di presidi poliambulatoriali;
- riorganizzazione dei servizi di igiene e sanità pubblica;
- miglioramento delle attrezzature ospedaliere;
- strutture edilizie ospedaliere.

In attesa che l'approvazione del piano sanitario nazionale stabilisca l'ammontare della quota del fondo sanitario nazionale destinato alle Marche l'ammontare della spesa per investimenti ripartito per area di intervento sulla base degli obiettivi del piano e riassunta nella tabella allegata.

TABELLA B

SPESA REGIONALE PER INVESTIMENTI NEL PERIODO 1982-1985 *(in migliaia)*

Servizi di base	Poliambulatori	Servizi igiene e sanità pubblica	Attrezzature ospedaliere	Edilizia ospedaliera	TOTALE
2.494	26.472	3.167	13.871	15.500	61.504

(6264)

ERNESTO LUPO, *direttore*
VINCENZO MARINELLI, *vice direttore*

DINO EGIDIO MARTINA, *redattore*
FRANCESCO NOCITA, *vice redattore*

(3651193/8) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.